Lane Medical Library

Die Bekämpfung der Volkskrankheiten durch die Invalidenversicherung

(Die Bedeutung der Schadenverhütung in der Invalidenversicherung für die Volkswirtschaft unter besonderer Berücksichtigung der Jahre 1925 bis 1927)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der staatswissenschaftlichen Doktorwürde genehmigt von der Philosophischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Von

ULRICH WAUER

Diplomvolkswirt aus Berlin

Tag der Promotion: 1. Juni 1929

287

Referenten:

Prof. Dr. Herkner

Prof. Dr. Bernhard

Vorwort.

Das Thema zu nachstehender Arbeit ergab sich aus der Bearbeitung meiner Diplomarbeit über die „Wirkung der Sozialversicherung auf die Volkswirtschaft". Es kam mir bei der Durcharbeitung dieses Stoffes zum Bewußtsein, wie wenig doch im allgemeinen die Bedeutung der Schadenvorbeugung und -verhütung durch die verschiedenen Versicherungsträger beachtet und gewürdigt wird im Verhältnis zu der rein schadenvergütenden Seite der Sozialversicherung. So entstand in mir der Wunsch, durch eine kurze, aber systematische Zusammenfassung einen Überblick über die schadenverhütenden Maßnahmen der Invalidenversicherung, die sich vor allem in der Bekämpfung der Volkskrankheiten zeigen, zu geben. Diese Aufgabe reizte mich auch deshalb besonders, weil die zu diesem Thema erschienene Literatur infolge der durch Krieg, Revolution und Inflation bedingten wirtschaftlichen Umwälzungen im letzten halben Menschenalter in vielen Stücken, insbesondere in dem zugrunde gelegten Zahlenmaterial, leider als überholt bezeichnet werden muß, und weil auch die sozialhygienischen Bestrebungen bei Bekämpfung der Volkskrankheiten gerade in ihrer Beziehung auf die Volkswirtschaft in der nationalökonomischen Literatur viel zu wenig Beachtung gefunden haben.

Nach Drucklegung der Arbeit werden die inzwischen für das Jahr 1927 aus der Heilfürsorge erschienenen Ziffern noch nachträglich zur Vervollständigung in die Arbeit eingefügt.

Inhaltsverzeichnis.

Einleitung: Seite

a) Das soziale Versicherungswesen 7
b) Der Begriff der Schadenverhütung in der Invalidenversicherung 11

Ausführung:

A. Direkte medizinische Bekämpfung der Volkskrankheiten

I. 1. Bekämpfung der Tuberkulosearten . . . 13
a) Der Lungentuberkulose 13
1. Die Bedeutung der Krankheit 13
2. Die Bekämpfung der Krankheit bei Erwachsenen 14
3. Erfolge der Bekämpfung 16
aa) Im allgemeinen: Sinken der Sterblichkeitsziffer der Tuberkulose 16
bb) Im besonderen: Anfangs- und Dauererfolge bei der Heilung des einzelnen 18
4. Versicherungsrechtliche und medizinische Bewertung der Heilerfolge 21
5. Volkswirtschaftliche Bewertung der Erfolge 22
aa) Kritik an der Auswahl der Kranken . . 22
bb) Bedeutung der Vorbeobachtung der Kranken 24
6. Die Arbeit als Heilmittel in den Heilstätten 26
7. Bekämpfung der Krankheiten bei Kindern . . 27
b) Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose 30
1. Umfang der Bekämpfung 30
2. Erfolge der Bekämpfung 30
c) Bekämpfung der Hauttuberkulose oder des Lupus 30
1. Umfang der Bekämpfung 31
2. Erfolge der Bekämpfung 31
3. Volkswirtschaftliche Bewertung der Erfolge . 32
2. Allgemeine Maßnahmen zur Bekämpfung aller Tuberkulosearten 34
3. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Tuberkulosefürsorgestellen 34
II. Bekämpfung des Alkoholismus 36
1. Bedeutung des Alkoholismus in der Volkswirtschaft . 36
2. Umfang der Bekämpfung durch Heilverfahren . . . 38
3. Erfolge der Bekämpfung 38
4. Allgemeine Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholismus 41
5. Bewertung der Leistungen der Versicherungsträger . . 41
6. Die persönliche Vorbeugung als Mittel der Bekämpfung 42

Seite

III. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 43
1. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten 43
2. Bekämpfung durch Heilverfahren 45
3. Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke 46
4. Voraussetzung und Aufgaben der Beratungsstellen . . 47
5. Tätigkeit der Beratungsstellen 48
6. Erfolge der Bekämpfung 50

IV. Bekämpfung des Krebses 51
1. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Krebskrankheit . 52
2. Umfang der Bekämpfung 53
3. Bewertung der Leistungen der Versicherungsträger . 53

V. Bekämpfung der Zahnkrankheiten . . . 54
1. Bedeutung der Zahnkrankheiten 54
2. Umfang der Bekämpfung 55
3. Erfolge der Bekämpfung 56

VI. Schlußbetrachtung: Die Ausgestaltung des Heilverfahrens in der Invalidenversicherung 56
1. Das Heilverfahren bei den verschiedenen Versicherungen 57
2. Mängel des Heilverfahrens im allgemeinen 57
3. Mängel bei der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten 58
4. Der amtliche Entwurf zur Ausgestaltung des Heilverfahrens 58

B. Indirekte Bekämpfung der Volkskrankheiten durch Förderung des Arbeiterwohnungsbaues

I. Volksgesundheit und Wohnung 63

II. Eingreifen der Landesversicherungsanstalten durch Hingabe von Krediten . 66
1. Bis zum Beginn der Inflation 66
2. Nach Beendigung der Inflation 68

III. Bedeutung der einzelnen Darlehnsnehmer 69
1. Baugenossenschaften 69
2. Gemeinden, Sparkassen usw. 70
3. Arbeitnehmer 71
4. Arbeitgeber 71

IV. Arten der Bauten 71
1. Arbeiterfamilienhäuser 71
2. Ledigenheime 72
3. Gemeinnützige Bauten 73

V. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Kredite 74

VI. Schwierigkeiten in der Ermittlung der gebauten Wohnungen 74

VII. Zusammenfassung 75

Schluß: Der Einfluß der Volksgesundheit auf die Volkswirtschaft 76

Motto: Aufwärts geht der Menschheit Gang,
Ob sich ihr Pfad auch krümmt und windet,
Ja, ob er auch Jahrhundert lang
In dunkle Abgrundtiefen schwindet,
Nach oben wieder reißt sie doch der Drang.
Fr. von Schack.

Einleitung.

a) Das soziale Versicherungswesen.

Die Sozialpolitik, aus der das soziale Versicherungswesen und mit ihm die Invalidenversicherung ein Teilgebiet darstellt, hat die Aufgabe, auf eine Verbesserung der Lage der sozial tiefer stehenden und wirtschaftlich schwächeren Stände und damit auf eine Überbrückung und Abschwächung der Gegensätze zwischen besitzlosen und besitzenden Klassen hinzuwirken.

Die Einführung und Schaffung des sozialen Versicherungswesens, deren Hauptkennzeichen in der Versicherung unter staatlichem Zwang und unter staatlicher Aufsicht liegt, wurde seit dem Zeitpunkt notwendig, wo infolge des Überganges vom Agrar- zum Industriestaat und infolge des Entstehens der modernen Großindustrie die Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer immer loser, versachlichter und unpersönlicher wurden. Der immer mehr zunehmende Gegensatz zwischen Kapital und Arbeit und insbesondere das immer stärker in Erscheinung tretende Übergewicht des ersteren, das eine steigende wirtschaftliche Unselbständigkeit zur Folge hat, forderten mit immer größerer Notwendigkeit eine Loslösung von der Lehre der klassischen Nationalökonomie vom freien Spiel der Kräfte, und ließen ein Eingreifen des Staates immer dringender erscheinen, um den Arbeiter für den Fall der Beeinträchtigung und Verminderung seines einzigen Vermögens, seiner Arbeitskraft, durch Krankheit, Unfall oder Erwerbsunfähigkeit zu sichern und ihn auch zugleich durch vorbeugende, Schaden verhütende Maßnahmen davor zu schützen und zu bewahren; so wurde durch das öffentliche Recht der private Arbeitsvertrag ergänzt.

Diese Entwicklung begann in Deutschland mit der Verkündung der kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, der Magna Charta der Sozialpolitik, wie man sie genannt hat,

die von grundlegender Bedeutung nicht nur für das ihr eigentümliche Gebiet der Sozialversicherung, sondern auch für die Entwicklung der gesamten deutschen Kultur werden sollte. Hierin wurde die Versicherung der Arbeiter gegen Unfälle und Krankheit angekündigt und für die durch Alter und Invalidität erwerbsunfähig Gewordenen ein erhöhtes Maß von Fürsorge in Aussicht gestellt. „Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben eines jeden Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht[1])", und mit den Worten: „aber auch diejenigen, welche durch Alter und Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können[1])", wird zum erstenmal die Schaffung eines sozialen Anspruches begründet. Neben der kaiserlichen Botschaft gilt heute als Grundlage für die Weiterentwicklung der Sozialversicherung der Artikel 161 der Reichsverfassung, in dem ausgesprochen wird, daß das Reich „zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutze der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Altersschwäche und Wechselfällen des Lebens ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten" schafft.

Die eigentliche Entwicklung der Gesetzgebung, die durch staatserhaltende Motive gekennzeichnet ist, beginnt mit der Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883, dem das Unfallversicherungsgesetz für die Industrie vom 6. Juli 1884 und endlich das Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung (Invalidenversicherung) vom 22. Juni 1889 folgen. Dies sind die drei Grundgesetze der deutschen Arbeiterversicherung, die seitdem durch weitere Gesetze stark verbessert und in ihrer Leistung erweitert wurden. (Es sei noch besonders das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 und das Gesetz über die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit vom 31. Oktober 1927 erwähnt.)

In der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 erfolgte eine vorläufige Zusammenfassung dieser Gesetze. Eine neue Epoche der Sozialversicherung begann mit der Einführung der Versicherung für Angestellte (Gesetz vom 20. Dezember 1911). Während bisher die Sozialversicherung fast ausschließlich den Angehörigen der Arbeiterschaft zugute kam, will die Angestelltenversicherung einer Gruppe des Mittelstandes, dessen Selbständigkeit immer mehr bedroht und dessen Rückgang

[1]) Aus der kaiserlichen Botschaft von 1881.

immer stärker wurde, bessere Existenzmöglichkeiten bieten. Konnte man vordem mit Recht von „einer Arbeiterversicherung sprechen, so ist inzwischen eine wesentliche Änderung eingetreten, deren politische, wirtschaftliche, ethische und psychologische Folgen zu übersehen, man noch kaum in der Lage ist[1])", und die uns jetzt von einer allgemeinen Sozialversicherung sprechen lassen.

Will man versuchen, unsere heutige Sozialversicherung zu verstehen, so kann dies nur im Zusammenhang mit Volk, Staat und Wirtschaft geschehen. Es besteht durchaus ein Verhältnis der Gegenseitigkeit zwischen Volkswirtschaft und Versicherung. Was von der Wirtschaft an Unterhalt für die Sozialversicherung geleistet wird, erhält sie an Volksgesundheit und Arbeitsfähigkeit und Kaufkraft wieder zurück. Würde man die Leistungen der Versicherung, vor allem auch den Wert der Vorbeugung und Heilbehandlung in Zahlen ausdrücken können, „bei der Abrechnung zwischen Sozialversicherung und Wirtschaft würden sich Soll und Haben fortlaufend ausgleichen; man wird sogar mit einem Saldo zugunsten der Sozialversicherung rechnen dürfen[2])". Wenn dies zum Teil nicht anerkannt oder nicht entsprechend berücksichtigt wird, so liegt das meist an einer einseitigen Betrachtung. Sehen manche Unternehmer in der Sozialversicherung nur die Kosten, durch die die Produktion „belastet" wird, so ist dies weniger sozial als ökonomisch betrachtet. Sehen viele Versicherte mehr auf hohe geldliche Leistungen als auf Vorbeugung und sachliche Leistungen, so ist dies weniger ökonomisch als sozial gedacht. Zwischen diesen beiden Anschauungen liegt die Denkweise des Nationalökonomen und Sozialhygienikers. Die Aufgabe des Nationalökonomen besteht darin, einen gerechten Ausgleich zwischen den sozialen Bedürfnissen und den wirtschaftlichen Notwendigkeiten zu suchen. „Er muß zugleich sozial und wirtschaftlich denken. Der Sozialhygieniker stellt die Schadenverhütung über die Schadenvergütung, den Schutz vor Beschädigung über den Anspruch auf Entschädigung"[3]), er treibt Menschenökonomie im besten Sinne des Wortes. „Die Sozialversicherung setzt eine lebensfähige Wirtschaft voraus, sie ist aber zugleich die Voraussetzung für wirtschaftlichen Fortschritt[4])."

Welche Bedeutung die Sozialversicherung in unserem heutigen Volksleben erlangt hat, zeigen bereits die Zahlen der Versicherten.

---

[1]) Manes, Sozialversicherung, 1926 S. 22.

[2]) u. [3]) Grieser: Arbeiterschutz, 1927 Nr. 37, Wien.

[4]) Denkschrift des Reichsarbeitsministeriums, Reichstagsdrucksache 1651, 3. Wahlperiode 1924/25.

Bei einer Bevölkerung in Deutschland von über		63 225 000	Menschen
umfaßte 1926 die	Invalidenversicherung[1])	17 200 000	„
	Krankenversicherung	19 086 000	„
	Unfallversicherung.....	25 060 000	„
	Angestelltenversicherung ...	2 325 000	„

die z. T. mehrfach versichert sind.

Die Versicherungsleistungen zerfallen bei der Invalidenversicherung in zwei große Gruppen, in zwangsläufige und freiwillige Leistungen. Zu den ersteren gehören alle Arten von Renten[2]) für die Versicherten, die aus drei großen Gruppen bestehen, aus Invalidenrenten, Altersrenten und den Hinterbliebenenrenten, welche wieder in Witwenrenten, Witwenkrankenrenten, Waisenrenten und Witwerrenten zerfallen.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung dieser Schaden vergütenden Seite der Versicherung besteht darin, daß sie die durch Invalidität im Dienste der Wirtschaft erwerbsunfähig Gewordenen nicht sich selbst oder der privaten oder kommunalen Armenpflege überläßt, sondern sie durch Renten unterstützt, und sie dadurch nicht zu die Wirtschaft belastenden und lästigen Menschen herabsinken läßt, sondern sie gerade als nachfragende Konsumenten erhält und hierdurch die Wirtschaft gewissermaßen bereichert. Die Versicherung bietet ihren Mitgliedern eine Versorgung, wie sie aus eigener Kraft wahrscheinlich sie sich nicht verschaffen könnten. Die schwersten Sorgen, die der Kampf ums Dasein mit sich bringt, werden gemildert und die größte Armut beseitigt. Die Versicherungsrenten, die hierzu dienen, üben ihren volkswirtschaftlichen Einfluß aus, indem sie eine gewisse Kaufkraft weiterer Schichten aufrechterhalten, die sonst ihren Verbrauch aufs äußerste einschränken müßten. Insofern ist die Wirkung der Versicherung auch auf die wirtschaftlichen Krisen nicht unwichtig, „während früher bei solchen Katastrophen für viele unbemittelte Kreise jede Kaufkraft erlosch, erhält jetzt eine Konsumentenschicht Unterstützungsgelder, mit denen sie rechnen kann, und ohne die die Krise noch viel größer wäre. Dadurch werden die wirtschaftlichen Krisen leichter überwunden, als wenn man die untersten Konsumentenschichten einfach ihrem Schicksal überläßt[3])."

---

[1]) Handbuch der Reichsversicherung, 1926 S. 114.

[2]) Die weitere Versicherungsorganisation kann hierbei, da sie nicht in den Rahmen der Arbeit gehört, unberücksichtigt bleiben.

[3]) Zahn: Die Wirkung der deutschen Sozialversicherung, 1915 S. 62.

b) Der Begriff der Schadenverhütung in der Invalidenversicherung.

Neben diesen obligatorischen Schaden vergütenden Leistungen gewinnen die fakultativen Schaden verhütenden und vorbeugenden Maßnahmen eine immer mehr wachsende Bedeutung. Bei erster Betrachtung scheint die Schadenverhütung nicht in den Rahmen der Sozialversicherung zu passen, und in der Tat hat auch zu Beginn des sozialen Versicherungswesens die Entschädigung, die Schadenvergütung, durchaus im Vordergrunde gestanden, während das eigentliche Gebiet der Schadenverhütung Aufgabe der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütung war.

Es dauerte jedoch nicht lange, bis die Erkenntnis sich durchsetzte, daß das Endziel der Versicherung nicht in der Überwindung der Schadenwirkungen bestehen könne, sondern daß der Schutz gegen und vor Arbeitsunfähigkeit wichtiger ist als die Sorgen für die Invaliden, und daß jedes vorbeugend erhaltene Arbeiterleben ein nationales Guthaben darstellt. Die Allgemeinheit, der das Arbeitsergebnis zugute kommt, hat auch ein besonderes Interesse daran, daß diese Arbeitskraft möglichst lange erhalten bleibt, und daraus entwickelte sich die Überzeugung, daß die Versicherung ihrer Aufgabe am besten gerecht wird, wenn sie möglichst an die Quelle der Schädigungen herantritt, wenn sie statt des Prinzips des ursprünglichen Schadenersatzes den Grundsatz der Schadenverhütung, der vorbeugenden Fürsorge und des Arbeiterschutzes anwendet. Er beruht auf dem Gedanken, daß Vorbeugen besser und ökonomischer ist als Entschädigen.

Dr. Paul Kaufmann, langjähriger Präsident des Reichsversicherungsamtes, schreibt über diese Frage: „Der Begriff ‚Sozialversicherung' ist längst zu eng geworden. Der Schadenausgleich, das Leitmotiv der Novemberbotschaft Kaiser Wilhelms I. und der ihr folgenden ersten Gesetzgebung, bildet heute nur noch einen, wenn auch wesentlichen Teil unserer Arbeit. Neben ihn treten immer stärker Schadenverhütung und weise Menschenökonomie. Die höchste Aufgabe einer öffentlich-rechtlichen Versicherung erblickten wir allmählich nicht mehr in der Beseitigung aller im Bereiche der sozialen Möglichkeiten liegenden Schäden durch Staat und Gesellschaft oder in der Zuführung immer größerer Scharen risikoloser Menschen an die Staatskrippe. Vielmehr suchten wir sie in der Gesunderhaltung der Nation, der denkbar besten Förderung der wirtschaftlichen Lebensinteressen, auch des geringsten Volksgenossen, der irgend erreichbaren Steigerung seiner Leistungs-

fähigkeit wie auch seines Anteils an den geistigen und sittlichen Gütern der Nation[1])."

Dieser Gedanke der Schadenverhütung und Vorbeugung gegen Erwerbsunfähigkeit infolge von Krankheiten ist am stärksten in der Invalidenversicherung ausgeprägt worden. Hier kam zu den Rentenzahlungen der Versicherung ein umfassendes Heilverfahren, das besonders in der Bekämpfung der Volkskrankheiten Anwendung findet, und weit wirkende allgemeine Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Lage der arbeitenden Klassen hinzu.

Die gesetzliche Grundlage zur Einführung der Heilverfahren, deren volkswirtschaftliche Bedeutung den Gegenstand dieser Arbeit bilden sollen, verdankte einem Beschluß des Reichstags seine Entstehung. Es wurde eine Bestimmung geschaffen (der später berühmt gewordene § 12 des Invalidenversicherungsgesetzes von 1889, jetzt § 1269 Reichsversicherungsordnung), der den Trägern der Invalidenversicherung, den Landesversicherungsanstalten (LVA.) die Befugnis gibt, für einen der reichsgesetzlichen Krankenversicherung nicht unterliegenden erkrankten Versicherten ein Heilverfahren zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, die einen Anspruch auf Invalidenrente begründet. Welch ungeheure Bedeutung diese Bestimmung im Rahmen der Schaden verhütenden Fürsorge erhalten würde, war damals nicht vorauszusehen. „Was die LVA. dem Gesetzgeber meist vorauseilend vorbeugend zum Besten der Volksgesundheit geleistet haben, überschritt die Arbeit vieler Menschenalter. Der erfolgreiche Kampf, den sie gegen Trunksucht, Tuberkulose und neuerdings auch gegen Geschlechtskrankheiten geführt haben, gehört zu den glänzendsten Abschnitten ihrer Tätigkeit[2])." Außerdem wurden die großen Kapitalien der LVA. in den mannigfaltigsten Formen zur Erhaltung und Stärkung der Volksgesundheit, vor allem im Wohnungswesen verwandt.

Die Reichsversicherungsordnung (RVO.) hat durch neue Vorschriften die deutsche Sozialversicherung in Schaden verhütender Richtung weiter entwickelt, und ihr eigenartiges Gepräge durch erneute Betonung der Vorbeugung und Verhütung noch vertieft, so daß alle Ausgaben für eine bewußte Schadenverhütung als werbende aufzufassen sind, die sich durch Verringerung der Entschädigungsleistungen reichlich bezahlt machen.

[1]) Die Sozialversicherung im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung, 1919 Nr. 3.

[2]) Kaufmann: Artikel „Schadenverhütung" im Versicherungslexikon, 1924, herausgegeben von Manes.

Ausführung.

A. Direkte medizinische Bekämpfung der Volkskrankheiten.

I. 1. Tuberkulosearten.

Im folgenden soll nunmehr das Wirken und die Erfolge der Schaden verhütenden Fürsorge zur Gesunderhaltung der Nation und der Arbeitskraft des einzelnen Menschen, das sich vor allem in der Bekämpfung der großen Volkskrankheiten zeigt, dargestellt werden.

a) Bekämpfung der Lungentuberkulose.

1. Die Bedeutung der Krankheit.

Der besondere Kampf der LVA. gilt allen Arten der Tuberkulose, insbesondere der Lungentuberkulose, jener Volksseuche, die noch im Jahre 1890 allein in Preußen 81 086 Menschen dahinraffte, und durch die die gesamte Nation jährlich etwa 200 000 Menschenleben verlor. Wenn diese Zahlen im Jahre 1911 auf 61 219 und 1913 auf 56 861 in Preußen zurückgegangen sind, so muß den Versicherungsanstalten an diesem erfreulichen Rückgang ein bedeutender Anteil zuerkannt werden.

Um die überragende Bedeutung dieser Krankheit darzustellen, die von maßgebender Bedeutung für die Erkenntnis des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ist, seien hier noch einige aufklärende Zahlen eingefügt, die einen Vergleich zwischen der Tuberkulosesterblichkeit und der Sterblichkeit der anderen Infektionskrankheiten zeigen. (Vergl. Tabelle S. 14.)

Die Sterblichkeit der vier ersteren Infektionskrankheiten zusammen ging von 4,9 im Jahre 1912 auf 2,1 im Jahre 1925 zurück, während die Tuberkulosesterblichkeit nur von 14,6 auf 10,9 sank. Die Verlustziffern an Tuberkulose sind hiernach immer noch bedeutend höher als der anderen Infektionskrankheiten zusammen. 1913 z. B. wurden noch über 24 000 Menschen mehr von der Tuberkulose hinweggerafft als an allen anderen Infektionskrankheiten zusammen.

Es starben in Preußen auf 10 000 Lebende[1]):

Jahr	Typhus	Scharlach	Diphtherie	Masern	zusammen	Tuberkulose
1912	0,38	1,04	2,04	1,46	4,92	14,58
1913	0,34	1,08	1,81	1,75	4,98	13,65
1919	0,73	0,56	1,79	0,32	3,40	21,26
1920	0,58	0,39	1,31	0,53	2,81	15,78
1921	0,50	0,27	0,93	0,67	2,47	13,48
1922	0,33	0,20	0,73	0,51	1,77	14,25
1923	0,37	0,15	0,68	1,29	2,49	15,26
1924	0,37	0,14	0,58	0,26	1,30	12,24
1925	0,34	0,17	0,48	1,07	2,06	10,93

2. Die Bekämpfung der Krankheit bei Erwachsenen.

Eine erfolgreiche und planmäßige Bekämpfung der Tuberkulose konnte überhaupt erst seit der Entdeckung des Tuberkulosebazillus durch Robert Koch im Jahre 1882 beginnen, der die Tuberkulose als eine übertragbare, verhütbare und heilbare Krankheit erkannt hat. An diesem Kampf sind die Versicherungsanstalten aus kleinen Anfängen in hervorragendem Maße beteiligt. „Die Erkenntnis, — so sagte einst Bernhard Fränkel — daß es durch ein vorbeugendes Heilverfahren möglich sei, der Verbreitung der Tuberkulose entgegenzutreten, führte zu einer bewundernswerten Organisation gegen die mörderische Feindin der Menschheit. Das von ausreichenden Mitteln unterstützte Bestreben der Versicherungsanstalten wurde zur lebendigen Kraft und setzte sich in erstaunlicher Weise in die sichtbare Tat um. So wurde die Invalidenversicherung zum kräftigsten Grundpfeiler des allgemein entbrannten Kampfes[2])." 1895 eröffnete als erste die Versicherungsanstalt Hannover eine Heilstätte bei Goslar. 1897 folgte die Versicherungsanstalt der Hansestädte ebenfalls mit Gründung einer Heilstätte in Andreasberg im Harz. Durch den Eintritt der Versicherungsanstalten in die Heilstättenbewegung wurde ein Wendepunkt in der Tuberkulosebekämpfung geschaffen. Die hervorragende Weiterentwicklung und der Umfang des Heimstättengedankens ist durch folgende Zahlen[3]) gekennzeichnet. Die Versicherungsanstalten unterhielten

1899	12 Heilstätten		
1910	74 „	mit 7493	Betten
1913	84 „	„ 9163	„
1925	98 „	„ 12969	„
1926	108 „	„ 13846	„
1927	108 „	„ 14897	„

[1]) Sozialwissenschaftliche Rundschau, 1927 Nr. 43.

[2]) Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, 1909 S. 618.

[3]) Soweit im folgenden nicht anders angegeben, sind die Statistiken den Amtlichen Nachrichten des RVA., 1927 Heft 11 und 1928, Heft 11, textliche Beilage, entnommen bzw. für diese Arbeit angefertigt.

Bei starker Inanspruchnahme des Heilverfahrens mußte noch eine große Zahl fremder Heilstätten mitbenutzt werden. Mit der Errichtung eigener Lungenheilstätten hat die Sozialversicherung eine Bahn betreten, die sich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten sehr segensreich bemerkbar macht. Denn es wird von ärztlicher Seite durchaus betont, daß die Tuberkulose, diese Geißel des Volkes, bei frühzeitiger Behandlung auch in unserem Klima geheilt werden kann. „Je mehr auf diesem Gebiete getan wird, desto mehr wirkt die Sozialversicherung auf die gesundheitlichen Verhältnisse der unteren Bevölkerungsschichten im allgemeinen günstiger ein, und die heranwachsenden Generationen werden gesünder und widerstandsfähiger[1])."

Neben den Heilstätten, in denen Lungenkranke wegen ihres Zustandes oder aus anderen Gründen oft keine Aufnahme finden konnten, wurden für diese Kranken Walderholungsstätten geschaffen. Ende 1925 bestanden hiervon 118 für Erwachsene und Kinder. Ihre Bedeutung besteht vor allen Dingen darin, daß sie mit geringeren Kosten errichtet werden können und dadurch Gelder erspart werden, die für die Heilstätten dringender benötigt werden; denn Aufnahme finden in den Waldheimen meist nur erholungsbedürftige Personen, die eine ständige ärztliche Behandlung nicht benötigen, oder auch Tuberkulöse im Beginn der Krankheit, die während des Tages in den Genuß reiner und gesunder Luft gelangen sollen, um ihnen einen teilweisen Ausgleich gegen die gesundheitsschädlichen Wirkungen der Arbeiterwohnungen in den Großstädten zu bieten.

Die große volkswirtschaftliche Bedeutung[2]) der Schaden verhütenden Heilfürsorge der Invalidenversicherung ergibt sich aber am deutlichsten, wenn man in der folgenden Tabelle die Personenkreise betrachtet, denen die Heilverfahren zugute gekommen und die Summen, die zur Aufrechterhaltung der Arbeitskraft und Produktivität der Bevölkerung von den LVA. aufgewendet worden sind:

---

[1]) Van der Borght: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung, 1898 S. 210.

[2]) Ganz klar wird die volkswirtschaftliche Bedeutung der Tuberkulosebekämpfung nach einer Berechnung von Cornet, die dieser 1907 für Preußen aufstellte. Er rechnete als Durchschnittszahl der Tuberkulosetodesfälle in Preußen für die Jahre 1876—91 71 895 Personen im arbeitsfähigen Alter. Durchschnittliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit vor dem Tode 1 Jahr = 300 Arbeitstage zu 2 Goldmark Arbeitsverdienst = 600 M. Arbeitsverlust, das sind für die Durchschnittszahl 43 137 000 M. pro Jahr. Dazu der Aufwand für Arzt, Arznei, Pflege usw. in gleicher Höhe, d. h. für Preußen allein mindestens 86 000 000 M. jährlich (zitiert nach Dr. med. W. Weißbach: Soziale Hygiene und Volkswirtschaft, 1924 S. 34).

Jahr	Behandelte Personen	Davon Tuberkulose-kranke	Gesamtkosten der Heilbehandlung RM.	Heilbehandlung der Tuberkulose RM.
1897	10 564	3 334	2 011 149	1 024 507
1900	27 427	11 094	6 210 720	3 765 163
1905	56 420	26 621	14 448 005	9 679 535
1910	114 310	45 609	26 593 569	17 416 030
1913	153 636	52 251	34 128 088	20 612 293
1925	210 478	47 299	41 579 092	22 284 682
1926	268 069	48 697	50 152 498	25 640 869
1927	306 607	43 006	56 929 347	25 470 059

Aus der Übersicht geht deutlich hervor, welch gewaltige Ausdehnung bis zum Jahre 1926 Umfang und Kosten der Schadenverhütung angenommen haben. Die Zahl der behandelten Personen ist von etwa 11 000 im Jahre 1897 auf fast 270 000 im Jahre 1926 gestiegen. Allein 1925 gegenüber ist die Zahl der behandelten Personen noch um 27 v. H., gegenüber 1913 um 74 v. H. gewachsen. Demgegenüber sind die Kosten von 2 Millionen auf rund 50 Millionen Mark angewachsen. Die Zahlen zeigen aber auch, welche Bedeutung die Tuberkulosebekämpfung im Rahmen des gesamten Heilverfahrens einnimmt.

3. Erfolge der Bekämpfung.

aa) Im allgemeinen: Sinken der Sterblichkeitsziffer der Tuberkulose.

Etwa ein Drittel aller seit 1897 in Behandlung genommenen Personen litt an Tuberkulose, aber mehr als die Hälfte der gesamten Ausgaben seit dieser Zeit wurden zu ihrer Bekämpfung mit dem Erfolg verwandt, daß denn auch die Tuberkulosesterblichkeit um über 50 v. H. zurückgegangen ist. Die Tuberkulosesterblichkeit[1]) ist im allgemeinen von 30,95 im Jahre 1876 auf 10 000 Lebende bezogen, auf 15,12 im Jahre 1911 gesunken, und zwar ist die Sterblichkeitsabnahme in den einzelnen Lebensaltern um so größer, je weiter diese vom Schulalter nach oben bzw. nach unten entfernt liegen. Nach dem gewaltigen Emporschnellen einer neuen Tuberkulosewelle im Jahre 1918 mit einer Sterbeziffer von 23 auf 10 000, die vor allem auf die ungünstigen Ernährungsverhältnisse infolge der Blockade bedingt war, ist die Tuberkulosesterblichkeit nicht nur auf den Friedensstand von 12,2 auf 10 000 Lebende zurückgegangen, sondern hat im

[1]) Dr. O. Paul: Die deutschen Versicherungsanstalten im Kampf gegen die Tuberkulose. Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, 1927 Nr. 1.

Jahre 1925 den bisher niedrigsten Stand von 10,7 erreicht. In den Gemeinden von 15 000 und mehr Einwohnern ist sogar von 1925 auf 1926 eine weitere Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit von 10,9 auf 9,9 zu verzeichnen[1]). Da die Tuberkulosesterblichkeit 1925 in diesen Gemeinden nur um 0,2 höher war als im übrigen Deutschland, so ergibt sich daraus, daß die bisherigen Unterschiede der Sterblichkeit zwischen Stadt und Land im allgemeinen als beseitigt gelten können.

Noch 1923 war die Tuberkulose nach den Krankheiten der Kreislauforgane die verbreitetste Todesursache, im Jahre 1925 ist sie dagegen bereits an dritte Stelle gerückt. Dieses bedeutungsvolle Ergebnis kann mit Recht als Resultat des in Deutschland planmäßig und bewußt geführten Kampfes gegen diese mörderische Volkskrankheit gebucht werden, an dem die Träger der Invalidenversicherung in so hervorragendem Maße beteiligt sind.

Besonders muß hervorgehoben werden, wie sofort nach Stabilisierung der Währung die Versicherungsanstalten ihre Arbeit wieder aufgenommen haben, die in der Inflationszeit auf ein Minimum eingeschränkt werden mußte. Hinzu kommt noch, daß das Gesamtvermögen der LVA., das Ende 1913 über 2,1 Milliarden betrug, durch den Verfall der Währung fast ganz verlorenging. Die Eröffnungsbilanz am 1. Januar 1924 ergab nur noch einen Schätzungswert von rund 255 Millionen RM. Die im Jahre 1925 zum erstenmal wieder veröffentlichten Statistiken legen Zeugnis dafür ab, mit welchem Ernst und welchem Eifer die Versicherungsanstalten ihre Arbeit wieder aufgebaut haben, wenn auch die Vorkriegsziffer bei den an Tuberkulose behandelten Personen noch nicht wieder erreicht werden konnte.

Im übrigen ist aber gerade bei der Tuberkulose einem Rückgang der Erkrankungen größere Bedeutung beizumessen als einem Sinken der Sterbefälle. Nach statistischen Zusammenstellungen des preußischen Wohlfahrtsministeriums scheint aber bei gleichzeitiger Abnahme der Sterblichkeit eine Zunahme der Erkrankungen festzustellen zu sein. „Es wurden nämlich von sämtlichen untersuchten Krankenkassenmitgliedern im Jahre 1923 rund 8 v. H., 1924 10,9 v. H. und 1925 11,6 v. H. tuberkulosekrank befunden[2])." Diese Tatsache schränkt leider allzu optimistische Hoffnungen in bezug auf eine schnelle Tuberkulosebekämpfung ein.

---

[1]) Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1926, Reichstag III, 1924—28, Drucksache 3897 vom 30. Januar 1928, Seite 8.

[2]) Medizinalstatistische Nachrichten, 1927 S. 80, Nr. 2.

bb) Anfangs- und Dauererfolge bei der Heilung des einzelnen.

Es interessieren daher neben den allgemeinen Ergebnissen der Bekämpfung der Tuberkulose, die sich so günstig in dem Sinken der Tuberkulosesterblichkeit bemerkbar machen, die Erfolge, die die LVA. mit den einzelnen von ihnen behandelten Kranken erzielen. Hier nämlich entsteht die volkswirtschaftlich wichtige Frage, ob dem ungeheuren in die Millionen gehenden Aufwand für die Krankenfürsorge auch ein dementsprechender Erfolg in der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit des einzelnen gegenübersteht, der diese Ausgaben rechtfertigt. Zur Prüfung dieser Frage ist es erforderlich, sich zunächst ein eingehendes Bild über die Heilfürsorge im einzelnen zu machen. Die nachstehende Statistik zeigt das starke Anwachsen der Heilbehandlung bis zum Ausbruch des Krieges und wieder nach Beendigung der Inflation mit den durch den wachsenden Umfang der Fürsorge bedingten Kosten.

Jahr	Behandelte Personen	Verpflegungstage		Kostenaufwand		
		überhaupt	pro Person	überhaupt	pro Person	pro Tag
1900	11 094	823 337	74	3 765 163	339,31	4,57
1910	45 609	3 338 199	73	17 416 030	381,86	5,22
1913	52 251	3 779 674	72	20 612 293	394,49	5,45
1925	47 299	3 320 535	70	22 284 682	471,14	6,71
1926	48 697	3 397 827	70	25 640 869	526,54	7,53
1927	43 006	3 090 389	72	25 470 059	592,24	8,24

(Ein Teil der Steigerung des Kostenaufwandes bei der Krankenbehandlung läßt sich wohl auf die gestiegenen Lebenshaltungskosten zurückführen.) Die Erfolge, die diesen ungeheuren Aufwendungen zur Niederringung der Tuberkulose gegenüberstehen, werden zur besseren Beurteilung in Anfangs- und Dauererfolge gegliedert. Ein Anfangserfolg[1]) wird angenommen, wenn nach der Heilbehandlung Erwerbsfähigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt, eine Rente also nicht zu zahlen ist. Außerdem unterscheidet die amtliche Statistik bei den Anfangserfolgen solche bei sicher nachgewiesener Tuberkulose und Erfolge des Heilverfahrens wegen Verdachts an Tuberkulose. Die Erfolge der ständigen Heilbehandlung bei sicher nachgewiesener Tuberkulose nach Abschluß des Heilverfahrens ergeben sich aus nachstehender Zusammenstellung:

[1]) Kaufmann: Schaden verhütendes Wirken der deutschen Arbeiterversicherung, 1914 S. 140.

Jahr	Männer					Frauen				
	Gesamtzahl	mit Erfolg überhaupt	%	ohne Erfolg überhaupt	%	Gesamtzahl	mit Erfolg überhaupt	%	ohne Erfolg überhaupt	%
1900	8 442	6 117	72	2325	28	2 652	1 923	73	729	27
1910	27 468	24 667	90	2801	10	13 952	12 668	91	1284	9
1913	30 137	27 578	92	2559	8	16 894	15 640	93	1254	7
1925	26 176	23 945	91	2231	9	16 437	14 960	91	1477	9
1926	25 924	23 485	91	2439	9	17 886	16 205	91	1681	9
1927	22 982	20 365	89	2617	11	15 747	13 945	89	1802	11

Demgegenüber betragen die Erfolge wegen Verdachts an Lungentuberkulose nach Abschluß des Heilverfahrens:

Jahr	Männer					Frauen				
	Gesamtzahl	mit Erfolg überhaupt	%	ohne Erfolg überhaupt	%	Gesamtzahl	mit Erfolg überhaupt	%	ohne Erfolg überhaupt	%
1900	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1910	861	839	97	22	3	251	247	98	4	2
1913	1441	1327	92	114	8	315	296	94	19	6
1925	1018	956	94	62	6	451	447	99	4	1
1926	1475	1374	93	101	7	516	508	98	8	2
1927	1352	1297	96	55	4	462	439	95	23	5

So erfreulich auch die durch die Behandlung der Kranken erzielte Ergebnisse für die Förderung der Volksgesundheit und damit für die Erhaltung seiner Kraft sind, so wenig geht aber aus der Statistik hervor, ob die Heilverfahren auch einen länger andauernden Erfolg gehabt haben, worin sich überhaupt erst zeigen kann, ob die Aufwendungen auch im volkswirtschaftlichen Sinne eine Rentabilität aufzuweisen hatten, und ob es sich rechtfertigen läßt, daß aus den Beiträgen, die für den Arbeitgeber eine Belastung bedeuten und die den Arbeiter selbst in seiner Lebensführung stark beschränken, so bedeutende Summen für Heilverfahren verwandt werden, die in erster Linie zur Leistung der Renten bestimmt sind. Und hier muß mit Bedauern festgestellt werden, „daß im Berichtsjahr (1926 u. 1927) von einer Nachprüfung der Dauer der Heilerfolge abgesehen worden ist[1])“. Es ist daher nötig, auf die früher gemachten Erhebungen zurückzugreifen.

Danach liegt ein Dauererfolg vor, wenn innerhalb der Nachprüfungszeit der Eintritt der Invalidität in absehbarer Zeit nicht zu besorgen ist.

[1]) Amtliche Nachrichten des RVA., 1927 und 1928 Nr. 11, textliche Beilage.

Nachgeprüft wurde der Gesundheitszustand des Wiedergenesenen bis zum Kriege dreimal, das erstemal am Schluß des ersten Jahres nach dem Behandlungsjahr und noch zweimal in Abständen von zwei Jahren; und es kann festgestellt werden, daß mit den Anfangserfolgen auch die Dauererfolge stiegen, was auf die sorgfältigere Auswahl der Kranken und die verbesserte Behandlungsweise zurückzuführen ist. Da seit 1910 aus der Statistik die vorzeitig aus der Heilbehandlung Entlassenen und die nur Tuberkuloseverdächtigen ausgeschieden wurden, erhöhten sich darauf die Anfangs- und Dauererfolge bedeutend. Von hundert Behandelten behielten Erwerbsfähigkeit[1]):

	1897	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13
Am Ende des Behandlungsjahres	62	68	67	66	70	73	74	74	77	78	78	78	80	90	91	92	92
Am Ende des 1. Jahres nach der Behandlg.	44	45	48	49	55	58	60	62	64	66	66	68	69	76	78	78	—
2. „	30	38	40	41	46	50	53	54	56	57	—	—	—	—	—	—	—
3. „	30	33	35	37	40	46	48	50	50	52	51	56	57	61	61	—	—
4. „	27	31	32	31	34	42	45	46	46	—	—	—	—	—	—	—	—
5. „	—	—	—	—	—	—	—	—	43	47	46	50	57	—	—	—	—

D. h. zum Beispiel:

Ende 1901	waren noch	27	v. H.	der	1897	Behandelten	erwerbsfähig
„ 1905	„ „	34	„	„	1901	„	„
„ 1906	„ „	64	„	„	1905	„	„
„ 1908	„ „	66	„	„	1907	„	„
„ 1909	„ „	46	„	„	1905	„	„
„ 1912	„ „	46	„	„	1907	„	„

Leider fehlt bisher noch eine Statistik, die einen Vergleich mit Tuberkulosekranken der gleichen Jahrgänge und mit demselben Grade der Erkrankung, die nicht in Heilstätten waren, zuläßt, wodurch die Ergebnisse der Heilstättenbehandlung noch schärfer erfaßt werden könnten.

Aber auch so ist erkenntlich, daß besonders bei leichteren Fällen auf längere Zeit eine Besserung erzielt worden ist. So heißt es in einem Bericht der L. V. A. Rheinprovinz: „Mit den Erfolgen kann die Versicherungsanstalt Rheinprovinz zufrieden sein. Bei der Entlassung wird in 85 v. H. der behandelten Fälle ein Dauererfolg erzielt. Wenn dieser Dauererfolg vielleicht nicht allzu lange in dieser Höhe anhält, so haben doch die in früheren Jahren immer wieder erfolgenden Nachprüfungen ergeben, daß nach 10 bis 15 Jahren immerhin noch ein Dauererfolg, der aus der Kur Entlassenen von etwa 50 v. H. zu verzeichnen ist[2])." Und die volkswirtschaftliche Bedeutung des Heilverfahrens zeigt sich

[1]) Statistik der Heilbehandlung, 1912 S. 93, 1913 S. 104.

[2]) Die Rheinische Provinzialverwaltung, ihre Entwicklung und ihr heutiger Stand, herausgegeben zur Jahrtausendfeier der Rheinprovinz, 1925 S. 689.

hierin, daß die Kranken noch auf Jahre hinaus für sich arbeiten konnten und ihren Familien als Ernährer erhalten blieben. Hierdurch wurden Millionen von Arbeitslöhnen den Versicherten zugeführt und schützten sie und ihre Familie vor Not und Siechtum; außerdem kann nicht unerwähnt bleiben, daß gerade die von der Tuberkulose Befallenen für die volkswirtschaftliche Produktion und das Erwerbsleben die wichtigsten Jahrgänge darstellen.

4. Versicherungsrechtliche und medizinische Bewertung der Heilerfolge.

Bei den erzielten Erfolgen muß aber, wenn von Heilung und Besserung die Rede ist, darauf hingewiesen werden, daß das Ziel der Heilfürsorge der Versicherungsanstalten keine Heilung im medizinischen, sondern nur im versicherungsrechtlichen Sinne ist. Die Aufgabe des Heilverfahrens bezweckt nach § 1269 RVO. den Erkrankten wieder erwerbsfähig zu machen, ihn aber nicht unbedingt im medizinischen Sinne zu heilen. Als geheilt gilt jeder, der im Sinne des § 1255 RVO. wieder erwerbsfähig wird, während als ungeheilt nur diejenigen gelten, die tatsächlich nicht mehr erwerbsfähig sind, bei denen die Invalidität anerkannt wird. Diese Tatsache ist natürlich kein Gegenbeweis dafür, daß nicht auch wesentliche Heilerfolge im medizinisch-klinischen Sinne erreicht worden sind, die günstig die Volksgesundheit beeinflußt und gebessert haben.

Um die Schwierigkeiten bei einer derartig umfassenden Massenstatistik der Tuberkulosen, zu deren Zustandekommen eine große Anzahl von Ärzten mit den verschiedensten Auffassungen beteiligt sind, nur einigermaßen zu beheben, muß eine allgemein anerkannte Krankheitseinteilung der Statistik zugrunde gelegt werden. Es geschieht dies nach der Turban-Gerhardtschen Stadieneinteilung[1]), die auch das Reichsgesundheitsamt angenommen und die internationale Geltung hat. Aber auch bei dieser Methode muß man sich darüber klar sein, daß die vielgestaltige Natur der Tuberkulose nicht auf einen einfachen, statistisch brauchbaren Ausdruck gebracht werden kann und daß meist neben der Quantität der Erkrankung ihre Qualität unberücksichtigt bleibt.

[1]) Turban-Gerhardtsche internationale Stadieneinteilung: I. Leichte, auf kleine Bezirke eines Lappens beschränkte Erkrankung, die z. B. an den Lungenspitzen bei Doppelseitigkeit des Falles nicht über die Schulterblattgräte und das Schlüsselbein, bei Einseitigkeit des Falles nicht über die zweite Rippe hinunterreichen darf. II. Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen eines Lappens, oder schwere, höchstens auf das Volumen eines halben Lappens ausgedehnte Erkrankung. III. Alle über II. hinausgehende Erkrankungen und alle mit erheblicher Höhlenbildung. (Aus Handbuch der sozialen Hygiene, 3. Band, Die Bekämpfung der Tuberkulose von Professor Dr. Telcky, S. 215.)

Bei Anwendung der Einteilung auf die Kranken des Jahres 1909 und 1910 wurden nachstehende Erfolge festgestellt. „In diesen Jahren war nach der Behandlung die Zahl in den Stadien II und III insgesamt um 8 und 12 v. H. vermindert. Das Stadium I hatte sich um 5 und 6 v. H. gebessert und bei anderen 3 und 6 v. H. waren Merkmale der Stadien I bis III überhaupt nicht mehr festzustellen[1])."

5. Volkswirtschaftliche Bewertung der Erfolge.

aa) Kritik an der Auswahl der Kranken.

Alle diese Erfolge aber werfen stets die Frage auf, inwieweit sie etwa durch das Prinzip der Auslese der Kranken erzielt sind, und machen es erforderlich, auch hierzu kritisch Stellung zu nehmen. Es wäre verfehlt, etwa in dieser Kritik alle Erfolge zu leugnen, denn die Erfolge sind ja tatsächlich da, was aus dem Sinken der Sterblichkeitsziffer für Tuberkulöse hervorgeht. Erfolge, an denen die LVA. beteiligt sind und beteiligt sein müssen, da sie über 33⅓ v. H. aller Lungenheilstätten verfügen.

Es kann daher die Aufgabe einer kritischen Stellungnahme nur sein, zunächst die Gründe und Quellen für eine etwa fehlerhafte Auslese der Kranken zu suchen und Vorschläge für eine bessere Auswahl zu machen.

Da die Invalidenversicherung bei ihren Heilverfahren vor allem die Rentenersparnis verfolgt, und da, wie bei allen Krankheiten, die Aussichten für eine Heilung meistens um so günstiger sind, in je früherem Stadium eine energische Behandlung einsetzt, so wird es erklärlich, wenn die Versicherungsanstalten ihre Vertrauensärzte dahin zu beeinflussen suchen, zu weit fortgeschrittene und ungünstige Fälle, die den Ruf der Heilstätte durch Mißerfolge gefährden, möglichst von einem Heilverfahren fernzuhalten. Hinzu kommt noch, daß der erstrebte Erfolg aus finanziellen Gründen in möglichst kurzer Zeit erreicht werden sollte. Alle diese Gründe lassen es verständlich erscheinen, daß die LVA. immer wieder betonen, daß vor allem die leichtesten Fälle, Initialfälle, in die Heilstätte gehörten, daß die „Jagd" nach den Initialfällen beginnt.

Dieser Meinung schließt sich Zickgraf[2]) an, wenn er sagt: „In der ersten Zeit der Volksheilstättenära hatten die Anstaltsärzte häufig darüber zu klagen, daß ihnen zu viele schwerkranke und hoffnungslose Fälle zugeschickt wurden. Im Laufe der Zeit

[1]) Handbuch der Sozialen Hygiene, 3. Band, S. 215.

[2]) Dr. med. Goswin Zickgraf: Über Heilstättenfragen, Deutsche Krankenkasse, Nr. 43 1925.

hat sich darin ein gründlicher Wandel vollzogen, und die Heilstätten sind zum größten Teil der Sammelpunkt nur der leichtesten Fälle. Insbesondere gilt dies für die LVA., die aus naheliegenden Gründen immer und immer wieder auf die die Auslese der Heilstättenpatienten besorgenden Ärzte eingewirkt haben, nur die leichtesten Fälle zur Verschickung zu empfehlen, und die in ihren Heilstätten keinen Patienten behalten, dessen Prognose nicht gesichert erscheint. Aus gesetzlichen Gründen sind ja die Träger der Invalidenversicherung dazu gezwungen." Dieses Bestreben der Versicherungsanstalten läßt sich z. B. in den „Grundsätzen für die Übernahme des Heilverfahrens" der LVA. Schlesien (vom 18. Juli 1926) nachweisen, wo es heißt: „Die Erfüllung der Wartezeit für die Invalidenrente oder der Nachweis einer bestimmten Anzahl von Beitragsmarken wird bei prognostisch günstigen Heilverfahrenfällen nicht gefordert[1])." Unter den Fällen, in denen ein Heilverfahren nicht übernommen wird, wird angeführt, „Tuberkulose im vorgerückten Stadium mit schlechter oder zu unsicherer Prognose", überhaupt „bei allen Schwerkranken, bei denen es sich nur um Linderung ihrer Leiden oder vorübergehende Besserung handelt, eine Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit aber ausgeschlossen erscheint[2])."

Insgesamt geht, wie Teleky auf Grund einer Rundfrage bei den Versicherungsanstalten festgestellt hat, das Bestreben dahin, mittlere und etwas schwerere Fälle aufzunehmen. „Die meisten Anstalten nehmen vorwiegend Stadium I auf, aber auch II und III, wenn die Kranken fieberfrei sind und ihr Allgemeinzustand ein guter ist[3])."

Von hundert in Heilstätten aufgenommenen Männern waren bei allen Versicherungsanstalten[4]):

im Jahr	im I. Stadium	im II. Stadium	im III. Stadium
1909	49	37	14
1913	48	40	12
1922	37	40	23

Immer wieder wird von vielen Seiten darauf hingewiesen, daß sich unter den Heilstättenpfleglingen viele Lungengesunde, oder wenigstens solche befinden, die keine Heilbehandlung nötig haben, dort den wirklich Kranken den Platz wegnehmen und hohe Kosten

[1]) Seite 6.
[2]) Seite 8.
[3]) Teleky: Die Bekämpfung der Tuberkulose, a. a. O. S. 218.
[4]) Teleky: Die Bekämpfung der Tuberkulose, a. a. O. S. 219.

verursachen. Wenn man nach einer Schätzung[1]) die Zahl der nicht Tuberkulösen mit 30 v. H. annimmt — denn zugegeben wird allerseits ein hoher Prozentsatz Nichttuberkulöser —, so läßt sich leicht folgende Berechnung aufstellen: Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer wegen Tuberkulose von 70 Tagen (siehe Tabelle Seite 18) und einer Bettenzahl von rund 14 000 (siehe Tabelle Seite 14), die also im Jahre rund fünfmal belegt werden können, ergeben sich etwa 70 000 Heilstättenkuren. Bei den durchschnittlichen Kosten von 526,54 M. für einen durchschnittlichen Aufenthalt von 70 Tagen ergibt sich somit eine jährliche Summe von 10,5 Millionen M., die zum Teil verschwendet werden und die den wirklich Kranken nicht zugute kommen, weil im System der Heilanstalten Fehler liegen. Dieser Aufwand von 10,5 Millionen M. geht der Volkswirtschaft, da er ohne Nutzen und Erfolg bleibt, verloren.

Das Allerschlimmste aber bei den nicht notwendigen Überweisungen in Heilstätten liegt darin, daß der einzelne Patient als tuberkulös gekennzeichnet wird, was meist zur Folge hat, daß in ihm unbewußt ein Krankheitsgefühl oder ein Heilstättenhang geweckt und gefördert wird, der seine Lebensenergie herabdrückt. Auch auf die Schädigung des Volksvermögens, die allein durch den Lohn- und Arbeitsausfall in der Zeit der überflüssigen Behandlung hervorgerufen werden, muß hingewiesen werden.

bb) Bedeutung der Vorbeobachtung der Kranken.

Hier kann nur eine Änderung dadurch eintreten, daß ein besseres und ausgedehnteres Vorbeobachtungsverfahren zur genaueren Erkennung der Krankheit gewählt wird, wie es von den meisten Tuberkuloseärzten gefordert wird, und daß die Aufnahme auch der schwerer Erkrankten möglichst gefördert wird, „frei von engen bürokratischen und fiskalischen Grundsätzen der Rentenersparnis[2])".

Im Jahre 1925[3]) wurden nur 9743 = 21 v. H. von den rund 47 000 behandelten Versicherten den Vorstationen für Lungenkranke überwiesen. Die Beobachtungsdauer schwankte von drei bis zu dreißig Tagen. Nach Beendigung der Beobachtung wurden in 5258 Fällen = 54 v. H. eine Heilstättenkur in Aussicht genommen, während in 2860 Fällen = 30 v. H. die Notwendigkeit hierfür verneint werden konnte. In 1231 Fällen = 12 v. H. versprach das Heilverfahren keinen Erfolg und 394 Fälle = 4 v. H. wurden anderweitig erledigt. Zur besseren Ausnutzung der Heil-

[1]) Zickgraf: Über Heilstättenfragen, Deutsche Krankenkasse, 1925 Nr. 43.
[2]) Zickgraf, a. a. O., Nr. 43 1925.
[3]) Statistik der Heilbehandlung für 1925, S. 17.

anstalten, in die nur wirklich Kranke aufgenommen werden sollten, ist unbedingt zu fordern, daß die Vorbeobachtungen bei allen 35 Versicherungsanstalten vorgenommen werden, und nicht nur auf die 16 des Jahres 1925 beschränkt bleiben. Dabei ist es durchaus nicht nötig, daß jeder einzelne Kranke erst in Vorstationen kommt, da in sehr vielen Fällen die Schwere der Krankheit und damit die Notwendigkeit einer Heilstättenkur auch sofort bei der ersten Untersuchung festgestellt werden kann.

Über die Voruntersuchung heißt es z. B. im Geschäftsbericht der Landesversicherungsanstalt Thüringen 1924[1]): „Dadurch ist im wesentlichen erreicht worden, daß nur einer Heilstättenbehandlung Bedürftige in die Heilstätten zur Einweisung kamen. Die Heilstätten wurden damit von einer großen Zahl Kranker entlastet, für die ein Heilverfahren entweder nicht notwendig war, oder für die Behandlung in Walderholungsstätten, Genesungsheime usw. genügte." Ebenso schreibt die LVA. Berlin im Geschäftsbericht 1925, daß die Auswahl der Anwärter für Lungenheilstätten mit ganz besonderer Auswahl getroffen werden. „Die von Fürsorgestellen oder behandelnden Ärzten zur Heilstättenbehandlung vorgeschlagenen Patienten wurden durch eine Kommission, der neben einem Verwaltungsbeamten zwei Fachärzte — darunter Ärzte unserer Lungenheilstätte — angehörten, einer Nachprüfung unterzogen. Der Zweck dieser Nachuntersuchungen ist, zu verhüten, daß Patienten einer Lungenheilstätte überwiesen werden, die einer solchen Behandlung nicht bedürfen, weil entweder eine aktive Tuberkulose nicht vorliegt, oder weil der Fall schon zu weit fortgeschritten ist, um noch einen Erfolg erhoffen zu können[2]). Auch hier tritt wieder das Moment der Rentenersparnis in den Vordergrund.

Dieses rein materielle Ziel der Ersparnis wird aber tatsächlich meist nicht erreicht, und ob es vom volkswirtschaftlichen Gesichtspunkt als erstrebenswert zu betrachten ist, solange die Schwerkranken weniger Berücksichtigung finden, muß wohl dahingestellt bleiben; denn gerade die Schwerkranken bilden für die Volksgesundheit die schwersten Gefahren; in den meisten Fällen haben sie Bazillen im Auswurf und bedrohen dauernd durch Ansteckung ihre Umwelt.

Es ist daher durchaus der Forderung[3]) zuzustimmen, daß die Durchführung der Heilverfahren der LVA. zu trennen ist von der Frage der Rentenbewilligung. An dem Beispiel der am meisten durchgeführten Heilverfahren bei Tuberkulose läßt sich

[1]) Seite 27.
[2]) Seite 17.
[3]) „Die Durchführung der Heilbehandlung im Rahmen der Sozialversicherung", von Stadtrat Dr. Hagen. Soziale Praxis, 1925 Nr. 2.

gerade zeigen, daß für die Auffassung, daß das Heilverfahren eine Ersparnismaßnahme wäre und zur Verminderung der Rentenzahlungen beitragen könne, eine Wirkung auf die Rentengewährung nicht zu erwarten ist. Zwei Gruppen sind nämlich bei dem Heilverfahren für Tuberkulose zu unterscheiden: „1. der Frühfall, in dem rasche Heilung oder rascher Tod eintritt, aber keine langjährige Rente zu erwarten ist; 2. die chronischen Fälle, welche sich aus einem Teil der Frühfälle entwickeln, und bei denen durch das Heilverfahren wohl der Beginn der Rentenleistung hinausgeschoben, auf der anderen Seite jedoch in gleicher Weise die Lebensdauer verlängert wird, so daß selbst bei Berücksichtigung einer eventuellen Witwen- oder Waisenrente es recht fraglich erscheint, ob der Aufwand von zwei oder drei Heilverfahren, welche in diesen Fällen doch in Betracht kommen, einigermaßen wieder gedeckt wird durch die Ersparnis an Renten. Nach all diesen Tatsachen bleibt die Forderung nach einer Seuchenbekämpfung auf rein medizinischer Grundlage bestehen.

6. Die Arbeit als Heilmittel in den Heilstätten.

Im Rahmen der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Bekämpfung und Heilung der Tuberkulose ist es von Wichtigkeit, auch über die Arbeit als Heilmittel in den Heilstätten zu sprechen, deren Bedeutung vor allem darin besteht, den Kranken, sobald seine Heilung gute Fortschritte macht, wieder an seinen Beruf und überhaupt von dem süßen Nichtstun an eine geregelte Betätigung, sowie an das Streben seinen Lebensunterhalt selbst in Zukunft von neuem zu verdienen, zu gewöhnen. Vor allem gibt die Arbeit den auf dem Wege der Besserung befindlichen Kranken das Vertrauen zu ihren Kräften wieder und erleichtert ihnen den Übergang in ihre Berufsarbeit. So sind denn auch mit der Arbeit als Kurmittel gute Erfolge erzielt worden. Im Jahre 1909 wurde die Arbeit von sechs Versicherungsanstalten als Kurmittel angewandt, 1913 wurde sie bereits von zehn Versicherungsanstalten in dreißig Heilstätten durchgeführt[1]). Die Arbeitszeit der Männer schwankt zwischen einer halben bis sechs Stunden täglich, in den meisten Fällen wird jedoch nur eine bis zwei Stunden gearbeitet. Für Frauen beträgt die durchschnittliche Arbeitszeit eine Viertel- bis höchstens drei Stunden. Sie werden mit Büroarbeit und vor allem in häuslicher Tätigkeit beschäftigt. Auch aus Gründen der allgemeinen Volkswohlfahrt ist diese hauswirtschaftliche Erziehung der Frauen und Mädchen sehr zu begrüßen. Über die Arbeit in den Heilstätten gilt ganz

[1]) Statistik der Heilbehandlung für das Jahr 1913, 1914.

allgemein, was die LVA. Brandenburg in ihrem Verwaltungsbericht von 1926 schreibt: „Die Kranken haben sich davon überzeugt, daß eine vom Arzt verordnete und überwachte systematische Wiedergewöhnung des Körpers an die Arbeit eines der besten Kurmittel ist und unterziehen sich willig den entsprechenden Verordnungen[1])."

7. Bekämpfung der Krankheiten bei Kindern.

Nachdem bisher der Umfang und die Bedeutung der Heilfürsorge bei der Bekämpfung der Tuberkulose an den im Erwerbsleben stehenden Personen dargestellt wurde, muß auf ein Gebiet hingewiesen werden, wo noch große Aufgaben zu erfüllen sind, nämlich bei dem heranwachsenden Geschlecht vorbeugend, Schaden verhütend zu wirken. „Mit einer erwachsenen Generation ist nicht mehr viel zu machen. Seid aber klug, und fangt mit der Jugend an, so wird's gehen!" (Goethe.) Hier ist das beste Gebiet, auf dem es vorzubeugen gilt, um ein gesundes und neues Geschlecht heranzuziehen.

Mit Bedauern muß hier festgestellt werden, daß trotz der fortschreitenden Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei den Erwachsenen ein Rückgang im Kindesalter kaum festzustellen ist. Die Tuberkulosesterblichkeit ist zwar im allgemeinen von 30,95 auf 10 000 Lebende bezogen, im Jahre 1876 auf 14,13, im Jahre 1913 bzw. 10,7 im Jahre 1925 gesunken, betrachtet man aber die einzelnen Altersklassen, so zeigt sich, daß sich der Rückgang vor allem nur für die Altersklassen von 15 bis 30, von 30 bis 60 und über 60 Jahren bemerkbar macht. Dagegen ist in den Altersklassen bis zu 15 Jahren zusammen nur ein Rückgang von 8,52 bis 7,27, in den über 5 bis 10 Jahren sogar eine Zunahme von 4,17 auf 4,28 festzustellen[2]). Nach einer neueren Statistik[3]) starben an Tuberkulose

in den Altersklassen	im Jahr 1924		im Jahr 1923	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
5—10 Jahren	3,25	3,74	4,14	5,18
10—15 „	2,94	5,25	3,74	6,28

Und doch sind die Aussichten auf Besserung oder Heilung tuberkulöser Kinder günstiger als bei Erwachsenen.

Im Jahre 1913 waren schon erfreuliche Anfänge in der Kinderheilfürsorge festzustellen, so schickten schon die Versicherungsanstalten der Hansestädte, des Königreichs Sachsen und die von

[1]) Seite 10.
[2]) Medizinalstatistische Nachrichten, 1913 S. 639 ff.
[3]) Medizinalstatistische Nachrichten, 1927 S. 86, Nr. 2.

Thüringen und Ostpreußen Kinder in Lungenheilstätten oder Ferienkolonien an der See. Aber erst in den letzten Jahren vor allem haben die Versicherungsträger in Erkenntnis der großen Gefahr, die die Tuberkulose bei Kindern für das Volksganze in sich birgt, der Kinderfürsorge die größte Beachtung zugewandt. Es muß hierbei hervorgehoben werden, daß ein Eingreifen für die noch nicht in das versicherungspflichtige Alter eingetretenen Kinder noch lebender Versicherter nur unter dem Gesichtspunkt des § 1274 RVO. in Frage kommt, wonach von der Versicherungsanstalt Mittel für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse aufgewendet werden können. Neben der Kinderfürsorge nach § 1274 RVO. hat noch die Waisenfürsorge nach § 1277 RVO. größeren Umfang angenommen. Eine Gesamtübersicht über die Kinder- und Waisenfürsorge gibt nachstehende Zusammenstellung:

Jahr	Zahl der Kinder	Kostenaufwand nach Abzug der Ersatzleistung RM	Zuschüsse an Gemeinden für Kinderfürsorge	Waisenfürsorge	
				Zahl der Kinder	Kostenaufwand nach Abzug der Ersatzleistung RM
1925	35 431	2 664 741	564 022	3269	489 104
1926	34 090	3 165 972	1 099 922	3082	567 354
1927	36 073	3 958 517	1 930 911	2409	512 902

Außer der allgemeinen Fürsorge, für die nähere Angaben in den „Amtlichen Nachrichten" nicht gemacht werden, wurde auch dem Kinderheilverfahren größte Beachtung geschenkt. Im Jahre 1926 wurden in eigenen Heilstätten der Versicherungsanstalten verpflegt: In Lungenheilstätten: 2647 Kinder an 142 708 Verpflegungstagen mit einem Betriebskostenaufwand von 524 776 RM., in Heilanstalten: 4021 Kinder an 148 806 Verpflegungstagen mit einem Betriebskostenaufwand von 668 877 RM.

Über die Erfolge berichten die „Amtlichen Nachrichten" kurz, daß sie zufriedenstellend waren: „die Kinder erholten sich gut und nahmen an Körpergewicht zu". Auch die Zuschüsse an Gemeinden, z. B. für Kindergärten, Schulzahnpflege, Landaufenthalt von Stadtkindern finden immer mehr Anklang, da ja besonders die Gemeinden zur Fürsorge für gefährdete Kinder, bei denen die Eltern noch leben, in erster Linie berufen sind, weniger aber die Versicherungsanstalten. Von allen Versicherungsanstalten leistet Vorbildliches die der Rheinprovinz, hier auf diesem Gebiet wie auch in der sonstigen Fürsorge: sie steht mit

ihren Aufwendungen für die Kinderfürsorge immer weit voran und überschreitet weit die Millionengrenze. Nach einem Wort des an der Spitze der Provinzialverwaltung stehenden Landeshauptmann Dr. Horion hat sich die LVA. Rheinland zum Mittelpunkt der gesundheitlichen Fürsorge der Provinz nicht nur für die Versicherten, sondern allmählich für die ganze Bevölkerung entwickelt, und die LVA. faßt ihre Stellung dahin auf, immer weiter gerade nach dieser Richtung hinzuarbeiten.

Die Entwicklung des Kinderheilverfahrens[1]) mögen einige Zahlen erläutern. Es wurden im Rheinland Heilverfahren durchgeführt:

1915	215	1921	5729
1916	1374	1922	5902
1917	2235	1923	6015
1918	2261	1924	5187
1919	5307	1925	6684
1920	4270	1926	7785

Es ist erfreulich, dagegen festzustellen, daß nunmehr auch Versicherungsanstalten, die seit Stabilisierung der Währung das Kinderheilverfahren noch nicht aufgenommen haben, sich ihm wieder zuwenden wollen. So heißt es in einem Rundschreiben vom 13. Juni 1927 der LVA. Pommern: „Nachdem infolge der allgemeinen Geldentwertung im Herbst 1923 das Heilverfahren für Kinder hatte eingestellt werden müssen", ... wurden seit April 1926 wieder kleinere Beihilfen den Wohlfahrtsämtern gewährt. „Wir wollen nun neben der Weitergewährung dieser Beihilfen das Kinderheilverfahren für schwerere Fälle der Tuberkulose wieder selbst übernehmen[2])."

Auch von der LVA. Hessen-Nassau wurde im Jahre 1925 zum erstenmal die Kinderpflege auf eine größere Anzahl von Kindern ausgedehnt, die zur Bekämpfung der Tuberkulose Heilstätten überwiesen wurden. Mit Mitteln der LVA. Hannover wurden 1926 1114 Kuren an tuberkulösen Kindern Versicherter und Nichtversicherter durchgeführt. In Schlesien wurden 80 000 M. an Vereine von der LVA. zur Bekämpfung der Tuberkulose bei Kindern und Jugendlichen gegeben.

Es gibt auch wohl keine dankbarere und edlere Aufgabe, als aus kranken und blutarmen Kindern, denen oft ein früher Tod oder ein langdauerndes Dahinsiechen bevorsteht, durch rechtzeitiges Eingreifen und richtige Hilfe wieder frohe und tatkräftige Menschen zu machen. So wird der Kampf gegen die Tuberkulose schließlich von großer bevölkerungspolitischer Bedeutung. Alle

[1]) Beilage zum Amtsblatt der LVA. Rheinprovinz 1927.
[2]) Pommersche Wohlfahrtsblätter, 1927 Nr. 10.

Arbeiten und Aufwendungen müssen in der Überzeugung geleistet werden, daß ohne gründliche Fürsorge für die Jugend die Hebung der körperlichen Gesundheit und damit letzten Endes die Grundlagen für den Wiederaufstieg des deutschen Volkes und seiner Wirtschaft niemals geschaffen werden können.

b) Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose.

Neben der Lungentuberkulose, von deren Bedeutung und Bekämpfung bisher die Rede war, sind noch die Knochen- und Gelenktuberkulose und die Hauttuberkulose oder Lupus von Wichtigkeit. Auch diese beiden Krankheiten, die zwar seltener sind, finden unter den Versicherten viele Opfer und können bei nicht rechtzeitiger Behandlung zu Erwerbsunfähigkeit führen. Die Invalidenversicherungsanstalten wenden deshalb auch bei diesen Erkrankten ihre vorbeugenden Heilverfahren an, indem sie sie meist einer Licht- und Sonnenbehandlung unterziehen.

1. Umfang der Bekämpfung.

Es wurden an Knochen- und Gelenktuberkulose erkrankte Personen behandelt:

Jahr	Personen	Kostenaufwand insgesamt	Kostenaufwand pro Person
1914	233	83 144 RM.	356,84 RM.
1915	168	69 172 „	411,74 „
1925	164	98 891 „	602,99 „
1926	197	139 351 „	707,37 „
1927	267	203 482 „	763,98 „

2. Erfolge der Bekämpfung.

Erfolgreich behandelt wurden:

Jahr	Männer			Frauen		
	Gesamtzahl ohne die vorzeitig Entlassenen	mit Erfolg	v. H.	Gesamtzahl ohne die vorzeitig Entlassenen	mit Erfolg	v. H.
1914	121	67	59	95	55	58
1915	105	64	47	60	35	58
1925	90	49	71	68	49	72
1926	113	71	59	72	53	74
1927	150	112	75	105	71	68

c) Bekämpfung der Hauttuberkulose oder des Lupus.

Auch der Lupusbekämpfung widmeten sich die Versicherungsanstalten in erheblichem Maße.

1. Umfang der Bekämpfung.

Von den Versicherungsanstalten wurden in Heilbehandlung genommen:

Jahr	Personen	Kostenaufwand insgesamt	Kostenaufwand pro Person
1894—1909	652		
1910	189	78 799 RM.	416,93 RM.
1911	190		
1912	202		
1913	283	98 046 „	346,45 „
1925	117	29 688 „	253,74 „
1926	145	50 428 „	347,78 „
1927	137	61 791 „	451,03 „

2. Erfolge der Bekämpfung.

Der Erfolg der Heilbehandlung ist aus folgender Übersicht erkennbar:

Jahr	Männer			Frauen		
	Gesamtzahl ohne die vorzeitig Entlassenen	mit Erfolg	v. H.	Gesamtzahl ohne die vorzeitig Entlassenen	mit Erfolg	v. H.
1910	72	67	93	106	86	81
1913	111	96	86	158	142	90
1925	51	44	86	64	54	84
1926	61	54	89	80	62	77
1927	54	46	85	80	70	88

Im allgemeinen fallen die Verhütung und der Kampf gegen den Lupus mit allen Bestrebungen gegen die Tuberkulose zusammen. Da der Lupus als eine abgeschwächte Tuberkulose[1]) angesehen werden muß, spielt seine rationalle Behandlung vom Standpunkt des Sozialhygienikers die Hauptrolle. Es muß bei dieser Gelegenheit auch erwähnt werden, daß während der Beratungen des Haushalts des Reichsarbeitmnisteriums für 1928 der 5. Ausschuß des Reichstags (Reichshaushalt) beantragte, folgende Entschließung anzunehmen:

„Die Reichsregierung zu ersuchen:

1. Dem Reichstag den Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Tuberkulose vorzulegen;
2. der Bekämpfung der Lupuskrankheit eine erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen, im besonderen der Förderung des wissenschaftlichen Schrifttums und der Frage der Errichtung von Landheimen näherzutreten[2])."

[1]) Nach R. Volk: Der Lupus und seine Bekämpfung, Handbuch der sozialen Hygiene, 1926 Band 3, S. 357.

[2]) Die Reichsversicherung, 1927 Nr. 12.

Die Frage, ob die Kosten der Behandlung im Einklang mit der Zahl der Erkrankten und dem Effekt der Behandlung steht, ist wohl ohne weiteres im bejahenden Sinne zu beantworten. Bei frühzeitiger Behandlung, dies kommt noch hinzu, ist die Hauttuberkulose eine Krankheit, bei der eine Heilung erzielt werden kann, so daß die Erkrankten wieder nützliche erwerbstätige Mitglieder der Wirtschaft werden und auch die Armenpflege durch sie nicht belastet wird; außerdem bietet das Heilverfahren besonders beim Lupösen insofern psychologisch günstige Aussichten, als der Erkrankte lieber von seiner Krankheit geheilt sein will, als eine Rente beziehen möchte.

3. Volkswirtschaftliche Bewertung der Erfolge.

Die doppelte Bedeutung der Schaden verhütenden Fürsorge tritt hier wieder ganz klar zutage; nicht nur der Erkrankte erhält die Wohltat der Heilung und Erwerbsfähigkeit, sondern der Allgemeinheit, der Volkswirtschaft werden große Summen erspart — denn vom Lupus werden ja meist gerade die Ärmsten befallen —, die sie sonst bei der Sorge um die Erwerbslosen zu tragen hätte. Auch auf diesem Gebiet bemühen sich die Versicherungsanstalten um die durch die zerstörende, entstellende und verstümmelnde Wirkung der Krankheit aus der Gesellschaft ausgestoßenen und vom Arbeitsmarkt oft ausgeschlossenen Lupuskranken. Hierdurch findet auch der geringe Prozentsatz, mit dem diese Kranken gegen Krankheit und Invalidität versichert sind, seine Erklärung. 1911 waren nur 37 v. H. der in Behandlung befindlichen erwachsenen Lupösen in einer Krankenkasse und nur 10 v. H. waren gegen Invalidität versichert[1]). Die meisten dieser Kranken verarmen und fristen ein kümmerliches Dasein, und man darf sagen, daß diese Unglücklichen ungünstigerer daran sind, als die von einer inneren Tuberkulose Ergriffenen. Nach einer Zählung im Jahre 1908 wurde die Zahl der Lupösen nach den in Behandlung befindlichen 11 354 Lupösen auf rund 30 000 geschätzt. Wir sehen hiernach einen gesundheitlich wie wirtschaftlich schwer ins Gewicht fallenden Volksschaden vor uns, und es muß mit Genugtuung festgestellt werden, daß gerade die LVA. als erste soziale Helfer auf dem Plan waren, die sich mit größerem Erfolg der unglücklichen Lupuskranken angenommen haben und ihnen nach der Entlassung aus den Heilstätten weiterhin beistehen, denn gerade auch die Arbeitsvermitt-

[1]) Der Lupus, seine soziale Bedeutung und wirksame Bekämpfung unter besonderer Berücksichtigung seiner Entstehungswege. Amtliche Nachrichten des RVA., 1912 S. 914 ff., von Dr. P. Wichmann.

lung macht bei den Lupuskranken große Schwierigkeiten, da der Lupus oft infolge zu langer Vernachlässigung nur mit stark entstellenden Wunden ausheilt, die der Geheilte an den unbedeckten Körperstellen offen zur Schau trägt. Hat er oder die Fürsorgestelle nun schon eine Einstellungsmöglichkeit gefunden, so wird er oft von den eigenen Arbeitskollegen unter dem Vorwand der Ansteckungsgefahr oder aus Abscheu vor der Entstellung vertrieben. Die dringende Pflicht, für diese unglücklichen Menschen zu sorgen, veranlaßt die Heilanstalten, oft sie selbst in ihren eigenen Anstalten zu verwenden.

So geschieht auch auf diesem Gebiet alles, um den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit möglichst zu verhüten und die Geheilten wieder als erwerbsfähige Menschen in das System der Wirtschaft einzugliedern.

Rückblickend sei noch einmal das Ergebnis der Tuberkuloseheilbehandlung überschaut: Wie groß ist der Gewinn an Volksvermögen, der durch die Erhaltung der Arbeitskraft und Erwerbsfähigkeit für fünf oder sechs Jahre bei so viel Tausenden von erwerbsfähigen Arbeitern erzielt worden ist, deren Familien ohne erfolgreiche Heilbehandlung sicherlich zum größten Teil in kürzester Frist ihres Ernährers beraubt worden und der Armenfürsorge zur Last gefallen wären! Hierin kann man wohl einen einwandfreien Beweis für den großen, wirtschaftlichen Erfolg der Tuberkuloseheilbehandlung im Rahmen der Invalidenversicherung sehen. „Was hierbei vom Standpunkt des Arbeiterhaushalts gewonnen wird, liegt auf der Hand: Nicht mehr bloß unterstützte Kranke, Verletzte, Invaliden, sondern Geheilte und wieder Arbeitsfähige! Wo sonst der Tod eintritt, wird jezt das Leben erhalten. Wo sonst dauernde Verkrüppelung die Folge gewesen, tritt jetzt Erhaltung der Gliedmaßen ein. Tausende von vorher ganz oder teilweise Arbeitsunfähigen werden wieder arbeitsfähige Elemente, die ihre Familien weiterhin ganz oder in der Hauptsache zu versorgen vermögen. Die erwachsene Arbeiterschaft ist dank den vorbeugenden Maßnahmen der Arbeiterversicherung jetzt weniger den Gefahren der Krankheit, Invalidität und des Unfalls ausgesetzt und erscheint gegen sie wiederstandsfähiger, das heranwachsende Geschlecht entfaltet sich von vornherein gesünder und kräftiger[1])." Die Erfolge und der Nutzen kommen aber über den einzelnen hinaus der ganzen Volkskraft, dem geistigen Niveau der Gesamtheit und vor allem schließlich der wirtschaftlichen Gesamtleistung der Nation zugute.

---

[1]) Zahn: Wirkung der deutschen Sozialversicherung, 1915 S. 29.

2. Allgemeine Maßnahmen zur Bekämpfung aller Tuberkulosearten.

Neben den eigentlichen Heilverfahren der LVA. auf Grund des § 1269 RVO. sind die Versicherungsanstalten berechtigt (nach § 1274 RVO.) Mittel aufzuwenden, um allgemeinere Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhütung des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit zu treffen oder die Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung zu fördern. Das pflichtmäßige Ermessen der Versicherungsanstalten entscheidet über die Verwendung dieser Gelder. „Es darf mit Stolz und Genugtuung erwähnt werden, daß von der Ermächtigung in ganz erheblichem Umfang Gebrauch gemacht wurde und weiterhin in steigendem Maße Gebrauch gemacht wird[1])."

Die größten Aufwendungen wurden auch hier für die Bekämpfung der Tuberkulose gemacht, da sie besonders ihre Opfer in den Reihen der wirtschaftlich vollwertigsten Altersstufen sucht.

Wie nachstehende Gesamtübersicht zeigt, betrugen die gesamten Aufwendungen gemäß § 1274 RVO.

1913	rund 1,4 Millionen
1925	„ 7 „
1926	„ 9,2 „
1927	„ 13,6 „

rund 56 v. H. der Aufwendungen im Jahre 1926 wurden für die Bekämpfung der Tuberkulose verwandt, und zwar

	1925	1926	1927
zur Errichtung von Heilstätten	101 824 RM	140 280 RM	125 505 RM
zur Errichtung und zum Unterhalt von Walderholungsstätten	87 630 „	46 726 „	80 264 „
zur Errichtung von Auskunfts- und Fürsorgestellen (vgl. nächsten Abschnitt)	1 494 926 „	1 507 315 „	1 962 254 „
zur Entseuchung von Wohnungen	430 „	313 „	460 „
bei Kindern	2 272 527 „	2 918 908 „	3 395 799 „
für sonstige Zwecke	218 807 „	522 130 „	867 580 „
	4 176 144 RM	5 135 672 RM	6 431 862 RM
zur Bekämpfung des Lupus	3 487 RM	10 444 RM	13 031 RM

3. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Tuberkulosefürsorgestellen.

Eine besonders große Bedeutung ist den Aufwendungen für Auskunfts- und Fürsorgestellen beizumessen. Denn solange das Heilverfahren von den Versicherungsanstalten nur unter dem Gesichtspunkt der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, nicht

[1]) Amtliche Nachrichten des RVA., 1927, textliche Beilage, Nr. II S. 57.

aber vom Gesichtspunkt der Seuchenbekämpfung betrachtet wird, und solange es die zur Zeit herrschenden wirtschaftlichen Verhältnisse unmöglich machen, allen wirklich Lungenkranken die nötigen Heilstättenkuren zu verschaffen, solange werden die Heilstättenkuren in ihrer Bedeutung als Kampfmittel gegen die Tuberkulose eine erhebliche Einschränkung erfahren müssen.

Damit wird die Überwachung der Lungenkranken außerhalb der Heilstätten um so wichtiger. Hier setzt die Aufgabe der Tuberkulosefürsorgestellen[1]) ein, die damit in den Mittelpunkt der Tuberkulosebekämpfung treten. Gerade dadurch, daß Stadt und Land mit einem möglichst dichten Netz von Fürsorgestellen für Tuberkulosekranke überzogen werden, sind sie immer unentbehrlicher geworden. Durch die besondere Kenntnis der örtlichen Verhältnisse, vor allem auf dem Lande, das immer noch von der Tuberkulosefürsorge zu wenig erfaßt ist, können die Fürsorger durch Besuche in den Familien die Lungenkranken ermitteln, ihnen mit Rat zur Seite stehen, den Angehörigen geeignete Verhaltungsmaßregeln erteilen und ihnen die geeignete Versorgung zuteil werden lassen. Die Schwestern der Fürsorgestellen, die durch ihr stilles Wirken das Vertrauen der Bevölkerung gewinnen, verstehen auch am besten das Vorurteil der Kranken gegen den Eintritt in eine Heilanstalt zu überwinden.

Die Wichtigkeit der Fürsorgestellen mit ihren einzelnen Stationen wird besonders für die Zukunft von immer größerer Wirkung für die Bekämpfung dieser Seuche werden. Das preußische Tuberkulosegesetz vom 8. August 1923 macht sie deshalb zum Mittelpunkt der vorbeugenden Heilfürsorge. Ihre grundlegende und hervorragende Bedeutung[2]) für die Schadenverhütung besteht darin, daß sie fast alle Kranken, aktive wie inaktive Fälle, kennen und stets über sie Auskunft geben können, wie sie sich ernähren, wie sie leben, wo sie wohnen und vor allem, wie sie wohnen, daß sie ferner die Familien kennen und auch darüber hinaus über fast die gesamte Bevölkerung ein Urteil abgeben können; hinzu kommt noch die Tatsache, daß die Schwestern das Recht haben, ungerufen in die Wohnungen zu gehen, dort nach dem Rechten zu sehen und den Bewohnern mit Rat und Tat bei der Erlangung des Heilverfahrens und zur Versendung in eine Heilanstalt zur Seite zu stehen.

Ein Bild aus der Praxis gibt der Geschäftsbericht der LVA. Schlesien für 1926[3]), wo 234 Tuberkulosefürsorgestellen bestehen

---

[1]) Vgl. Jaenicke: Landesversicherungsanstalten und Tuberkulosebekämpfung, in Blümel: Handbuch der Tuberkulosefürsorge, 1926 S. 182.

[2]) Dr. Roeder: Die Tuberkulosebekämpfung am Scheidewege, Deutsche Krankenkasse, 1926 Nr. 22.

[3]) Seite 77.

und wo 603 Schwesternstationen auf dem Lande mit insgesamt 848 Schwestern durch regelmäßige Beihilfen unterstützt wurden. In den Fürsorgestellen der LVA. Berlin wurden

1925: 75 454 Personen
1926: 82 868 Personen

untersucht und von den Schwestern 56 905 bzw. 62 746 Besuche ausgeführt.

Auch aus diesen Zahlen geht die außerordentliche soziale Bedeutung der Tuberkulose hervor und daneben die Notwendigkeit, den Kampf gegen diese Geißel der Menschheit nicht ruhen zu lassen. Denn „die Wiedererlangung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bedeutet für jeden einen wirtschaftlichen Gewinn, namentlich aber für die minderbegüterten Klassen, die für die Unterhaltung ihres materiellen Lebensbedarfs ausschließlich auf das, was Hand und Kopf erarbeiten und verdienen, angewiesen sind; sie schließt hohe nationalökonomische Werte in sich[1])."

II. Bekämpfung des Alkoholismus.

Die zweite Volkskrankheit, deren Bekämpfung sich die Versicherungsanstalten widmen, sind die Auswüchse des Alkoholismus mit den daraus resultierenden Schädigungen der Erwerbsfähigkeit, wobei unter „Alkoholismus" mit Elster[2]) der Alkoholgenuß schlechthin zu verstehen ist.

1. Bedeutung des Alkoholismus in der Volkswirtschaft.

Wenn es noch irgendeines Wortes bedarf, um die Bedeutung dieses „üblich gewordenen Genusses berauschender Getränke" (Elster) für die Volkswirtschaft zu schildern, so genügt es, auf die geistige und körperliche Degeneration der Rasse, auf die Kriminalität, die Verarmung und die dadurch bedingte unproduktive Belastung der Volkswirtschaft hinzuweisen, mit der gleichzeitig ein Absinken der wirtschaftlichen und geistigen Leistungsfähigkeit des ganzen Volkes erkenntlich wird, und wodurch sich die unbedingte Notwendigkeit eines allgemeinen Kampfes gegen den Alkoholismus ergibt.

Es werden also sozialpolitische, sozialhygienische und nationalökonomische Fragen in erster Linie betrachtet werden müssen, um so die gegenseitigen Beziehungen, die zwischen Alkoholkonsum und sozialer Notlage und Krankheit bestehen, und die besonders unheilvoll in unserer Arbeiterklasse wirken, darzustellen. Auch dem Alkoholismus ist eine kaum geringere Bedeutung und Gefahr

[1]) Zahn, a. a. O., S. 93.
[2]) Handwörterbuch der Staatswissenschaften, 3. Auflage.

für die Bevölkerung beizumessen als den Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose, für die der Alkoholismus oft gerade den Anlaß und Krankheitsherd schafft.

Insbesondere zeigen sich die nachteiligen Folgen in der Gesundheit bei der Nachkommenschaft von Trinkern. Nach neueren Feststellungen[1]) erkranken 37 v. H. der Kinder von Trinkern an Tuberkulose. Aber auch ganz allgemein wird durch den Alkoholmißbrauch die Tuberkulosesterblichkeit stark gefördert; bei Brauern z. B. ist die Tuberkulosesterblichkeit[2]) doppelt, bei Gastwirten dreifach und bei Kellnern vierfach so hoch wie im allgemeinen Durchschnitt. Die größte ländliche Tuberkulosesterblichkeit, die für Preußen im Regierungsbezirk Osnabrück errechnet worden ist, findet ihre Aufklärung durch den erschreckend großen Durchschnittsverbrauch von 40—50 Litern Trinkbranntwein pro Kopf und Jahr.

Wie sehr die allgemeine Wirtschaft in neuester Zeit durch den Alkoholismus belastet wird, läßt sich nach einer Statistik der Allgemeinen Ortskrankenkasse Breslau[3]) vom 21. Oktober 1926 andeuten. Diese hat 22 Personen in der Zeit vom 1. Januar bis 19. Oktober 1926 erfaßt, die der Kasse eine Belastung von 925 Krankheitstagen brachten. „Die allermeisten mußten im Krankenhaus verpflegt werden." Die Verpflegung kostete 5,50 RM. pro Tag. Außerdem mußten für jeden Transport der sämtlichen Alkoholkranken 8—10 RM. für das Krankenauto bezahlt werden. Ein einziger Kranker mußte allein 13 mal mittels Krankenwagens in die Klinik befördert werden. Zieht man die Transportkosten nicht in Betracht und legt man nur die Kosten von 5,50 RM. zugrunde, so macht das für jeden Alkoholiker bei einem Durchschnitt von 44 Krankheitstagen die Summe von 242 RM. Aufwendung lediglich zwecks Behandlung. In Anbetracht der mangelnden Dauerwirkung und unter Berücksichtigung des progressiven Charakters der alkoholischen Erkrankung ist der Jahresdurchschnitt des Aufwandes für die Alkoholkranken mit 300 RM. nicht zu hoch angesetzt.

Bei der folgenden Untersuchung kann es sich natürlich nicht darum handeln, die allgemeine Bekämpfung des Alkohols zu schildern, was bei der ungeheuren Fülle des Stoffes und der fast unübersehbaren Literatur mit starken Schwierigkeiten nur möglich ist; sondern hier handelt es sich darum, darzustellen, wie die Invalidenversicherung durch v o r b e u g e n d e und heilende Fürsorge den Schaden, den die Volkswirtschaft durch die alkoholkranke Bevölkerung erfährt, v e r h ü t e n und heilen will.

[1]) Zitiert nach Kaufmann, a. a. O., S. 118.
[2]) Nach Weißbach, Zeitschrift für soziale Hygiene, 1922 Nr. 12.
[3]) Nach Thiken, Neuland 1927, Nr. 5.

Natürlich kann die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt zur allgemeinen Alkoholbekämpfung nur ein ganz kleines Teilgebiet umfassen; hier sind die Versicherungsanstalten nur ein allerdings wichtiges Glied in der Kette im Kampf gegen den Alkohol, während bei der Tuberkulosebekämpfung die Landesversicherungsanstalten die Hauptträger des Kampfes sind, um den sich alle anderen Organisationen gruppieren.

Bei der Alkoholbekämpfung ist es nicht ihre Aufgabe, grundsätzlich die Abstinenzbewegung zu vertreten, und darum den Alkoholmißbrauch in all seinen Formen und Auswüchsen zu bekämpfen. Ihre Beschäftigung mit der Alkoholfrage geht nur so weit, als der Trinker gesundheitlich sich selbst und damit schließlich der Allgemeinheit schadet und dann den Versicherungsanstalten zur Last fällt. Diese Belastung der Volkswirtschaft durch eine wachsende Inanspruchnahme der Sozialversicherung und der Armenbehörden ist natürlich für ein wirtschaftlich daniederliegendes Volk besonders schwer tragbar und drückend.

2. Umfang der Bekämpfung durch Heilverfahren.

Die zur Verhütung dieser Schäden einsetzende Heilbehandlung, der die Versicherungsträger schon frühzeitig ihre Aufmerksamkeit zuwandten, entwickelte sich (nach den Amtlichen Nachrichten des R. V. A.[1]) in folgender Weise. Es wurden behandelt:

im	Jahre	1902	9	Personen	im	Jahre	1910	677	Personen
„	„	1903	23	„	„	„	1911	923	„
„	„	1904	33	„	„	„	1912	1052	„
„	„	1905	57	„	„	„	1913	1179	„
„	„	1906	87	„	„	„	1925	56	„
„	„	1907	138	„	„	„	1926	86	„
„	„	1908	340	„	„	„	1927	140	„
„	„	1909	535	„					

3. Erfolge der Bekämpfung.

1927 und 1928 findet sich in den Amtlichen Nachrichten[2]) der Vermerk, daß sich die Heilbehandlung alkoholkranker Personen wenig für eine eigene unmittelbare Betätigung der Versicherungsanstalten eignet. Auf diese Mitteilungen beschränken sich die Amtlichen Nachrichten, insbesondere wurden auch früher keine Aufstellungen über Dauer, Kosten und Erfolge der Heilbehandlung gegeben. Lediglich die LVA. Westfalen hat für die Jahre 1905–13 eine Sonderstatistik veröffentlicht, wonach im ganzen 951 Personen an 133 506 Verpflegungstagen mit einem Kostenaufwand von 345 328 RM. behandelt wurden. Auf eine Person

[1]) Jahrgänge 1903—14, 1927 Nr. 11, textliche Beilage.
[2]) 1927 Nr. 11, textliche Beilage. — 1928 Nr 11, textliche Beilage.

entfielen durchschnittlich 140 Verpflegungstage und ein Kostenaufwand von 363 RM.; d. h. 363 RM. Heilkosten verursachte allein ein Kranker der Volkswirtschaft, um ihn wieder erwerbsfähig zu machen. Aus dieser Zahl geht die große Bedeutung und der große Schaden hervor, den der Alkoholismus dauernd der Volkswirtschaft verursacht.

Im einzelnen erstrecken sich die Untersuchungen der LVA. Westfalen darauf, ob ein Anfangs- und Enderfolg erzielt worden ist.

Behandlungsjahr	Behandelte Personen	Anfangserfolg Personen	Anfangserfolg v. H.	Am Schlusse des Jahres 1907 war auf 100 Behandelte noch Heilerfolg oder Besserung vorhanden 1907	08	09	10	11	12	13
1905	9	9	100	44	50	25	13	—	—	—
1906	25	21	84	48	52	33	29	32	—	—
1907	45	37	82	71	63	51	49	42	43	—
1908	79	69	87	—	57	43	30	32	34	33
1909	104	90	87	—	—	57	42	39	37	36
1910	121	102	84	—	—	—	55	46	40	40
1911	160	128	80	—	—	—	—	51	48	42
1912	172	147	85	—	—	—	—	—	64	54
1913	236	214	91	—	—	—	—	—	—	65

Aus dem Rückgang der Heilbehandlung alkoholkranker Personen nach der Inflation darf aber keineswegs auf einen Rückgang des Alkoholismus geschlossen werden. Gerade im Gegenteil ist heute eine Ausbreitung des Alkoholismus wieder stark zu beobachten, wenn auch der Stand von 1913 im Konsum[1]) von Bier mit 102,1 Litern und von Branntwein mit 2,8 Litern pro Kopf der Bevölkerung noch nicht wieder erreicht wurde. Es betrug pro Kopf der Bevölkerung der Verbrauch von

im Jahre	Bier	im Jahre	Branntwein
1920	37,8 Liter		
1921	54,2 „		
1922	51,2 „	1922—23	1,1 Liter
1923	44,9 „	1923—24	0,6 „
1924	60,7 „	1924—25	1,0 „
1925	75,4 „	1925—26	1,1 „
1926	76,3 „	1926—27	1,3 „

Demgemäß stiegen auch die Behandlungsfälle[2]) wegen Alkoholismus in den allgemeinen Krankenhäusern und den Anstalten für

[1] Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, 1927 S. 350—51.

[2]) Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1926, S. 11.

Geistes- und Nervenkranke. Es wurden in Deutschland verpflegt:

	1923	1924	1925
in Krankenhäusern	2 343	3 885	4 820
in Anstalten für Geistes- und Nervenkranke	5 607	7 385	10 170
	7 950	11 240	14 990
davon starben			
in Krankenhäusern	82	109	164
in Anstalten für Geistes- und Nervenkranke	107	111	148
	189	220	312

Die Landesversicherungsanstalten versuchen demgegenüber den Rückgang ihrer Heilbehandlung mit einem Mangel an Mitteln zu entschuldigen und zu begründen. Von den alkoholgegnerischen Verbänden wird aber sehr geklagt, daß die Versicherungsanstalten dem Heilverfahren Alkoholkranker nicht mehr die genügende Beachtung schenken. In der Tat ist es sehr zu bedauern, daß das Wort „Alkohol" in manchen Jahresberichten von Versicherungsanstalten kaum zu finden ist.

Diese Klagen scheinen begründet zu sein, denn das Reich überweist auf Grund des Gesetzes über die Zolländerungen vom 17. August 1925 (§ 7) aus den erhöhten Zolleinnahmen vom 1. April 1926 bis 31. März 1935 jährlich 40 Millionen der Invalidenversicherung, die vor allem zum Ausbau der Gesundheitsfürsorge benutzt werden sollen. Mit den eigenen Mitteln und mit Hilfe dieser Überweisungen hätte die Bekämpfung des Alkoholismus wohl stärker ausgebaut werden können.

Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß die Alkoholfürsorge stark zersplittert ist: neben den Versicherungsanstalten kommen in erster Linie dafür die Krankenkassen in Frage, und erfreulicherweise kann ihre erhöhte Mitwirkung festgestellt werden, nachdem das Reichsversicherungsamt vorgeschrittene Trunksucht als Krankheit im Sinne der Krankenversicherung anerkannt hat. Auch die Gemeinden (Wohlfahrtsämter) stellen jetzt aus eigenem Interesse Mittel zur Unterbringung Trunksüchtiger bereit. Es ist deshalb außerordentlich zu begrüßen, daß sich nunmehr Arbeitsgemeinschaften auf Grund eines Abkommens zwischen dem Verband der Landesversicherungsanstalten und den fünf Kassenhauptverbänden gebildet haben, die die Förderung der den einzelnen Versicherungsträgern gesetzlich obliegenden oder von ihnen freiwillig übernommenen Aufgaben beabsichtigen. Es ist dringend zu wünschen, daß auf dem Gebiete der Bekämpfung der Trunksucht im Interesse eines einheitlichen Vorgehens, und um der Wirtschaft doppelte Ausgaben zu ersparen, verantwortungsbewußte und erfolgreiche Arbeit geleistet wird.

Die Unterbringung der Trunksüchtigen in Heilanstalten ist meist das letzte und vor allem für die Allgemeinheit kostspieligste Mittel zur Rettung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Auch hier gilt der Grundsatz, daß Schadenverhütung besser als Heilung ist. Deshalb erfahren die Trinkerrettungsvereine und Beratungsstellen die Unterstützung der Versicherungsanstalten.

4. Allgemeine Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholismus.

Von den auf Grund des § 1274 RVO. aufgewendeten allgemeinen Mitteln zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs entfallen bei einer Gesamtsumme von

1927: 109 080 RM.
1926: 65 531 „
1925: 63 122 „

allein 47 352 RM. auf die LVA. Westfalen (1926: 20 459 RM.), während z. B. zur Verfügung gestellt wurden von der

	1926	1927
LVA. Niederbayern . .	65 RM.	100 RM.
„ Oberbayern . .	100 „	100 „
„ Pfalz	70 „	70 „
„ Oberpfalz . . .	50 „	50 „
„ Oberfranken . .	20 „	250 „
„ Mittelfranken . .	1150 „	1350 „
„ Unterfranken . .	50 „	100 „
„ Schwaben . . .	70 „	300 „
„ Berlin	1500 „	3100 „
„ Rheinprovinz . .	5305 „	7932 „
„ Württemberg . .	5655 „	6765 „

In Schlesien wurden 1926 1100 RM. Beihilfen an Vereine gewährt, die einen Fürsorger annehmen, „der das Aufsuchen zur Unterbringung in einer Heilanstalt geeigneter trunksüchtiger Versicherter mit Erfolg betreibt, und dessen Unterhaltskosten aus den eigenen Mitteln des Vereins nicht bestritten werden können, und die ferner Trinkerheime errichten, in welchen trunksüchtige Versicherte Aufnahme finden können[1])." Von der LVA. Hannover wurden 1926 4700 RM. bewilligt für Werbe- und Aufklärungsarbeit der Guttemplerlogen, Blaukreuz und anderer alkoholgegnerischer Vereine.

5. Bewertung der Leistungen der Versicherungsträger.

In der Vorkriegszeit wurde der Gedanke der Vorbeugung gegen die Schäden des Alkoholismus durch Veranstaltung von Ausstellungen und Verteilung von Merkblättern usw. von den

[1]) Jahresbericht 1926.

Landesversicherungsanstalten in großzügigerer Weise ins Volk getragen. Heute findet das allgemeine Wirken der Landesversicherungnsanstalten nicht die ungetrübte Anerkennung der Alkoholgegner. So schreibt Thiken: „Leider bringen die Träger der Sozialversicherung noch nicht in ihrer Gesamtheit den Fürsorgevereinen dieses weitgehende Verständnis entgegen; würden sie das tun, so stände es um die Möglichkeiten in der Heilfürsorge für Alkoholkranke entschieden besser, als es jetzt der Fall ist. Die Haltung der LVA. Westfalen und insbesondere ihre Initiative bei der Finanzierung der Heilverfahren verdient daher als Anregung und Vorbild bekanntgegeben zu werden[1])." Über die Tätigkeit der unterstützten Fürsorgestellen gibt der Jahresbericht der LVA. Westfalen[2]) folgende Zusammenstellung:

Anzahl der berichtenden Fürsorgestellen			36
Zahl der Helfer und Helferinnen			648
In Pflege genommen wurden		Personen	2826
Davon: mit Erfolg		„	1299
ohne Erfolg		„	439
In Trinkerheilstätten wurden überführt:		Männer	111
		Frauen	11
Erfolge der Behandlung: a)	Dauererfolg	Männer	18
		Frauen	—
b)	Gebessert	Männer	44
		Frauen	4
c)	Ohne Erfolg	Männer	20
		Frauen	2

6. Die persönliche Vorbeugung als Mittel der Bekämpfung.

Die in vorbeugender Absicht aufgewendeten Mittel zur Bekämpfung des Alkoholismus können jedoch nur ihre Wirkung erreichen, wenn auch die persönliche Prophylaxe einsetzt, „um der Beeinflussung zugängliche Ursachen von Krankheit und Tod des einzelnen Menschen, von Siechtum und von Verelendung der Nachkommenschaft, von der Gefährdung des Rechts auf Gesundheit der Mitmenschen und der Einschränkung ihres Nahrungsspielraumes und durch Mißbrauch ihrer Steuerkraft zur Unterhaltung alkoholgeschädigter, unproduktiver Volksgenossen vermeiden zu helfen[3])." Die Pflicht des Staates setzt hier ein, um diese zu erwartenden Schädigungen zu vermeiden. Der Staat ist als Hüter der öffentlichen Wohlfahrt und der Volksgesundheit berechtigt, Opfer im Genußleben des einzelnen zu fordern, und der einzelne ist verpflichtet, dieses Opfer dem Wohl-

[1]) Neuland, 1927 Nr. 46.
[2]) LVA. Westfalen, S. 59.
[3]) Dressel: Der Alkohol und seine Bekämpfung. Handbuch der sozialen Hygiene, 1926, Band 3, S. 521.

befinden der Allgemeinheit zu bringen, entweder freiwillig oder indem er staatlichen Maßnahmen gehorcht. Aber Einsicht und Verständnis von der gegenseitigen Verbundenheit und Anhängigkeit der Volksgenossen ist hierzu vor allem nötig. Die Freiheitsansprüche des einzelnen müssen hinter diesen sozialen Forderungen zurückstehen, und „selbst die wirtschaftlich begründeten Forderungen ganzer Gruppen und Erwerbszweige müssen sich eine Wertung am allgemeinen Wohl gefallen lassen, ehe sie ihren individuellen wirtschaftlichen Vorteil als mit dem Volkswohl vereinbar verfechten dürfen[1])". Zeiten der Not bringen andere Wertmaßstäbe mit sich. Ein Volk, das um sein Leben als Nation unter den drückendsten Bedingungen kämpft, kann sich Luxusausgaben nicht leisten.

Unter diesen sozialwirtschaftlichen und sozialhygienischen Umständen kommt der Alkoholfrage eine ernstere und größere Bedeutung zu als jemals zuvor. Die Erkenntnis von den schädlichen Wirkungen des Alkoholismus für die Volksgesundheit und die Weiterentwicklung des Volkes muß immer mehr Allgemeingut aller Menschen werden. Wenn diese Erkenntnis überall durchgedrungen ist, wird auch diesem Zweig der vorbeugenden Heilfürsorge in der Invalidenversicherung ein größerer Erfolg beschieden sein.

III. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Neben den bisher behandelten Volkskrankheiten findet auch die dritte Seuche, die jährlich unermeßliche Opfer im Volke fordert, eine starke Bekämpfung durch die Schaden verhütende Heilfürsorge der Invalidenversicherung, nämlich die Geschlechtskrankheiten.

1. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten.

Sie sind die verbreitetsten Infektionskrankheiten der erwachsenen Bevölkerung, und in dieser starken Verbreitung im Volke liegt ihre große sozialhygienische, bevölkerungspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung. Denn die Geschlechtskrankheiten üben ja nicht nur ihren unheilvollen Einfluß auf den Einzelmenschen und dadurch auf seine Lebensfreude und sein Lebensglück aus, sondern durch den Einfluß auf die wirtschaftliche Lage des einzelnen wirken sie weiter immer neues Unheil erzeugend auf seine Familie und endlich auf die Gesamtheit ein, da viele Kranke arbeits- und verdienstunfähig und schließlich sogar zu Invaliden werden können. „Die schnelle und wirksame Heilung von Geschlechtskrankheiten gehört zu den dringendsten Bedürfnissen der allgemeinen Wohlfahrt. Diese Krankheiten haben eine

[1]) Dressel, a. a. O., S. 511.

solche Ausdehnung erlangt, daß dadurch der allgemeine Gesundheitszustand, der Wohlstand und die Wehrhaftigkeit in immer größerem Umfang gefährdet werden[1])." Die Geschlechtskrankheiten sind somit für die Gesundheit des Volkes eine der ernstesten Gefahren, die sich sehr nachteilig auf die Volkswirtschaft durch den Rückgang seiner physischen Leistungsfähigkeit und seiner geistigen Regsamkeit und damit letzten Endes auf seine Konkurrenzfähigkeit auswirken müssen. Der durch die Geschlechtskrankheiten verursachte Geburtenausfall wird auf rund 200 000 jährlich veranschlagt[2]), daneben aber führen die Erkrankungen zu häufigen Fehlgeburten und verschulden einen sittlichen, geistigen und körperlichen Rückgang des neuen Geschlechts. Ein sehr großer Teil von ihnen tritt von vornherein mit verringerter Lebens- und Spannkraft in den Kampf ums Dasein ein und muß naturgemäß bald versagen und die Masse der vorzeitig Invaliden vermehren. Jeder krank Geborene schädigt das ganze Volk, weil die Gesunden und Kräftigen arbeiten müssen, damit der Kranke und Sieche später auf öffentliche Kosten unterstützt werden kann, wenn er der Allgemeinheit und damit meist der Versicherung zur Last fällt.

Erfreulicherweise kann aber jetzt von einem teilweisen Rückgang der Geschlechtskrankheiten berichtet werden. In der „Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes 1925"[3]) heißt es über dieses Gebiet: „Anläßlich einer im Juli veranstalteten Umfrage bei den Landesregierungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, insbesondere auf dem Lande, wurde von den meisten Sachverständigen ein Stillstand oder ein Zurückgehen dieser Erkrankungen berichtet. Insbesondere sind Neuerkrankungen an Syphilis selten geworden. In Nürnberg ist nach einer statistischen Erhebung der Prozentsatz der Neuinfektionen, berechnet auf die Einwohnerzahl, von 1 v. H. im Jahre 1911 auf etwas mehr als 0.5 v. H. im Jahre 1924 gesunken. Auch in Bremen hat eine im November 1925 veranstaltete statistische Sammelforschung ergeben, daß die Ansteckungen an Syphilis in der Zeit von 1919 bis 1925 um 40—45 v. H. abgenommen haben; bei Männern ist die Abnahme stärker als bei Frauen (50 und 31 v. H.)." Für 1926 kommt die Denkschrift[4]) zu einer Einschränkung dieses günstigen Urteils, indem darauf hingewiesen wird, daß die Fälle von Tripper „anscheinend nicht abgenommen, sondern vielleicht sogar noch zugenommen haben".

[1]) Zitiert nach Kaufmann: Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung, 1916 S. 13.

[2]) Derselbe, S. 9, ebenso: Handbuch der Sozialhygiene, Band 3 S. 596.

[3]) Reichstagsdrucksache 3897 vom 30. Januar 1928, S. 9.

[4]) Reichstagsdrucksache 2992, Wahlperiode 1924—27.

Wenn auch aus diesem allgemeinen Rückgang keine allzu optimistischen Schlüsse über die allgemeine Verbreitung gezogen werden können, so läßt er sich jedenfalls aber auf den im Weltkrieg erfolgten kräftigen Anstoß im Kampf gegen diese Seuchen zurückführen, der in erster Linie von den Organen der Arbeiterversicherung geführt wurde.

2. Bekämpfung durch Heilverfahren.

Die Heilbehandlung von Geschlechtskranken hat seit dem Kriege einen sehr beachtlichen Aufschwung und Ausbau erfahren. Während von den Landesversicherungsanstalten in Heilbehandlung genommen wurden

im Jahre	1913	nur etwa 400	Personen, waren es
„ „	1920	über 30 000	„
„ „	1921	„ 40 000	„
„ „	1922	rund 40 000	„
„ „	1925	11 630	„
„ „	1926	13 627	„
„ „	1927	13 497	„

darunter befanden sich

	Männer	Frauen
1925.....	8 259 = 72 v. H.	3 371 = etwa 28 v. H.
1926.....	9 426 = 69 „	4 201 = 31 „
1927.....	9 410 = 70 „	4 087 = 30 „

Die Syphilis ist bei den Frauen, der Tripper bei den Männern stärker verbreitet, was sich an folgenden Ziffern zeigt:

Es litten:	Männer		Frauen	
	1926	1927	1926	1927
an Syphilis	42 v. H.	38 v. H.	64 v. H.	58,4 v. H.
„ Tripper	48 „	51 „	30 „	36,8 „
„ Syphilis und Tripper .	3 „	3 „	5,7 „	4,7 „
„ anderen Krankheiten .	7 „	8 „	0,3 „	0,1 „

Die Behandlung der Kranken erfolgte 1927 in 1538 Fällen in Heilanstalten, während 11 959 Kranke „ambulatorisch", d. h. in der Sprechstunde des Arztes, behandelt wurden. Der Kostenaufwand für die gesamte Heilbehandlung betrug

1925		709 235 RM
1926	rund	1 000 000 „
1927		1 131 900 „

Die große Schädigung, die sowohl die gesamte Wirtschaft, wie auch der einzelne erfährt, ergibt sich daraus, daß die in Heilanstalten befindlichen Kranken

1925	rund	40	Tage,
1926	„	49	„
1927	„	48	„

dem Erwerbsleben entzogen waren und pro Person einen Durchschnittskostenaufwand

1925	von	124,85	RM,
1926	„	135,39	„
1927	„	161,80	„

verursachten, wobei die Erhöhung der Behandlungskosten vor allem auf die längere Dauer des Heilverfahrens zurückzuführen ist.

Über die Erfolge der Heilbehandlung sind für 1926 u. 1927 keine Mitteilungen gemacht. Es wird dies darauf zurückzuführen sein, daß man wegen der Verschiedenartigkeit des Grades und der Art der Erkrankung das Ergebnis nicht auf eine einfache Formel bringen kann. Der Erfolg der Behandlung hängt ja in erster Linie von einer möglichst frühzeitigen Behandlung nach der Infektion ab. Je eher eine sachgemäße Therapie einsetzt, je größer sind sowohl bei der Syphilis als auch bei dem Tripper die Aussichten einer vor allem schnellen und noch gründlichen Heilung. Dadurch, daß die meisten Kranken sich erst in Behandlung begeben, wenn die Krankheit schon weit vorgerückt ist, oder sich wenigstens nicht mehr im ersten Anfang ersticken läßt, erwachsen der Volksgesundheit so große Schädigungen. Denn ganz „abgesehen von der Schmälerung des Einkommens und von dem Verlust an Volksvermögen durch die Entziehung beträchtlicher Massen produktiver Arbeitskräfte nicht nur während der Krankheit, sondern auch durch Verkürzung wirtschaftlich nützlichen Lebens, verursachen sie erhebliche Ausgaben, die einmal von dem einzelnen Kranken für seine Heilbehandlung, dann aber auch von der Allgemeinheit — über Krankenkassen, Krankenhäuser usw. — für Medikationen, ärztliche Behandlung und Hospitalisierung wie Asylierung getragen werden müssen[1])." Diese Kosten werden dadurch noch unverhältnismäßig viel stärker, als es nötig wäre, wenn die Anfangsbehandlung zeitig genug einsetzte und nicht leichtsinnig von den Kranken verzögert würde.

3. Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke.

Außer dem Heilverfahren für Geschlechtskranke, die die Gesundheit und damit die Arbeitskraft wiederherstellen sollen, hat noch ein anderer Zweig der Fürsorge auf diesem Gebiet die größte Bedeutung in dem „Schaden verhütenden Wirken" der Invalidenversicherung erlangt, nämlich die Beratungsstellen, die zur planmäßigen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschaffen wurden. Mit außerordentlicher Weitsicht und großem Verständnis haben hier die Versicherungsträger aus den Mitteln, die sie nach § 1274 RVO. für „allgemeine Maßnahmen" zur Verhütung vorzeitiger Invalidität oder zur Hebung gesundheitlicher Verhältnisse aufwenden können, eine große Kulturtat geschaffen, die ihre Anerkennung durch Verankerung der Beratungsstellen

[1]) Haustein: Die Geschlechtskrankheiten einschließlich der Prostitution, Handbuch der Sozialen Hygiene, Band 3 S. 515.

in dem am 1. Oktober 1927 in Kraft getretenen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gefunden hat.

Mit den Beratungsstellen haben die Landesversicherungsanstalten einen neuen Abschnitt in der planmäßigen Schadenverhütung und Vorbeugung geschaffen, der dazu ausersehen ist, die venerischen Seuchen nunmehr erfolgreich zu bekämpfen.

Die erste Beratungsstelle wurde am 1. Januar 1914 durch die LVA. der Hansestädte in Hamburg, „dem großen Freihafen der Prostitution", eröffnet, der bald eine zweite in Bremen folgte. Eine weitere Entwicklung und beschleunigte Vermehrung dieser Stellen wurde infolge der zunehmenden Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Weltkriege und der damit entstehenden Gefahr für das Volksleben nötig. So hatten die Versicherungsanstalten errichtet:

bis Ende	1917	104	Beratungsstellen
„ „	1918	124	„
„ „	1919	138	„
„ „	1920	164	„
„ „	1921	174	„
„ „	1922	185	„

Unter dem Druck der wirtschaftlichen Verhältnisse mußte 1923 und 1924 ein großer Teil der Beratungsstellen geschlossen werden, so daß Ende 1924 nur noch 119 Stellen der Allgemeinheit zur Verfügung standen. Diese Zahl wuchs wieder an

bis Ende	1925	auf	164	Beratungsstellen
„ „	1926	„	187	„
„ „	1927	„	204	„

4. Voraussetzung und Aufgaben der Beratungsstellen.

Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Tätigkeit der Beratungsstellen, die wirklich Zuspruch aus der Bevölkerung finden wollen, liegen in der völligen Kostenlosigkeit und strengsten Verschwiegenheit der Beratung. Dementsprechend ersetzen sogar die Landesversicherungsanstalten den entgangenen Arbeitsverdienst und die Reisekosten, die bei dem Besuch einer Beratungsstelle auf dem Lande entstehen können. Die Verschwiegenheit ist sowohl den Ärzten wie Beamten ausdrücklich durch die Reichsversicherungsordnung auferlegt. „Die Landesversicherungsanstalten haben sich sogar bereit erklärt, auf dem Lande und in kleineren Städten, wo ein wiederholter Besuch des oft einzigen Arztes am Ort Verdacht erregen kann, und wo die Beziehungen zwischen Mitgliedern und Angestellten der Kassen noch engere sind, die Geschlechtskrankheiten erforderlichenfalls außerhalb ihres Wohnorts unauffällig beraten und unter Ausschaltung

der Kassen behandeln zu lassen[1])." Die LVA. Berlin hat sogar versuchsweise die sich Meldenden von der Pflicht der Namensnennung entbunden. Das hat eine unerwartet große Zahl von Kranken angelockt, von denen aber der größte Teil darauf verzichtet hat, als nur durch eine Nummer kenntlich gemachte „anonyme" Kranke beraten zu werden.

Demgegenüber ergeben sich aus den Voraussetzungen die Aufgaben[2]) der Beratungsstellen. Sie sollen den Geschlechtskranken kostenlos mit Rat zur Seite stehen und ihnen die besten Wege zur Heilung weisen, ferner die Kranken, die vorzeitig, ohne Wissen und Willen des Arztes aus der Behandlung ausgeschieden waren, gesundheitlich überwachen, sie in bestimmten zeitlichen Abschnitten untersuchen und in Krankheitsfällen erneuter Behandlung zuführen.

5. Tätigkeit der Beratungsstellen.

Wieweit die Beratungsstellen ihrer Aufgabe gerecht wurden und ihre Tätigkeit zum Nutzen der Volksgesundheit entwickelt haben, möge aus den nachstehenden Tabellen entnommen werden:

Es wurden bei den Beratungsstellen als geschlechtskrank gemeldet:

1924.....	48 022	Personen,	davon Selbstmeldungen	19 833
1925.....	71 198	„	„ „	20 724
1926.....	84 229	„	„ „	24 501
1927.....	83 552	„	„ „	23 113

Einzig erfreulich an diesen Ziffern ist die hohe Zahl der Selbstmeldungen, die man sowohl als ein Zeichen für das den Beratungsstellen entgegengebrachte große Vertrauen, sowie für die immer größer werdende Erkenntnis der verhängnisvollen Folgen der Geschlechtskrankheiten für die eigene Gesundheit ansehen kann.

Von den als geschlechtskrank gemeldeten Personen erwiesen sich als tatsächlich krank:

1924	33 310	Personen	= 69 v. H.
1925	47 899	„	= 68 v. H.
1926	55 566	„	= 67 v. H.
1927	52 052	„	= 62 v. H.

und zwar waren erkrankt an

Krankheiten	Männer			Frauen			Kinder		
	1925	1926	1927	1925	1926	1927	1925	1926	1927
Syphilis	13 079	13 896	11 586	12 230	2 960	11 118	1 200	1 304	1 304
Tripper	11 278	14 764	14 965	5 539	7 559	7 946	393	452	433
Syph. u. Tripp.	717	875	843	1 091	11 278	1 318	7	12	11
Andere Krankh.	1 624	1 657	1 765	642	680	657	99	129	106
Zusammen....	26 698	31 192	29 159	19 502	22 477	21 039	1 699	1 897	1 854

[1]) Kaufmann, a. a. O., S. 11.

[2]) Kaufmann: Die neuen Beratungsstellen für Geschlechtskranke, 1917 S. 7.

Ebenso wie bereits bei der Heilbehandlung nachgewiesen wurde, ergibt sich auch hier, daß die Syphilis bei den Frauen, der Tripper bei den Männern verhältnismäßig stärker verbreitet ist.

Es waren ferner von den als krank ermittelten

	Männern				Frauen			
	1924	1925	1926	1927	1924	1925	1926	1927
verheiratet..	4 039	7 861	9 065	8 614	3 144	5 963	6 801	6 325
unverheiratet	10 625	18 837	22 127	20 431	7 777	13 539	15 676	14 691

Welches Vertrauen sich die Beratungsstellen durch ihre steten und eifrigen Bemühungen in der Bevölkerung erworben haben, geht auch aus den wachsenden Besuchsziffern hervor.

Es standen in Beobachtung der Beratungsstellen

1924	125 727	Personen
1925	155 712	„
1926	159 532	„
1927	168 892	„

Im Jahre 1927 schieden infolge Verzugs, weil sie sich der Beobachtung entzogen, durch Tod oder weil sie nicht mehr als überwachungsbedürftig oder aus anderen Gründen entlassen wurden, 50 183 Personen (1926: 51 783) aus, so daß Ende 1927 noch 118 739 Personen in Beobachtung standen. Die während der genannten Jahre durchgeführte Beratungstätigkeit führte in folgenden Fällen zur Feststellung von Krankheitserscheinungen, die eine Kur erforderten wegen

	1924	1925	1926	1927
Syphilis	14 611	28 471	26 663	26 605
Tripper.....	5 969	15 491	18 571	20 667

Die aus der Tätigkeit der Beratungsstellen angeführten Zahlen legen ein beredtes Zeugnis von ihrem vorbeugenden Wirken zum Nutzen der Volksgesundheit ab; aber auch aus den finanziellen Aufwendungen, die ihre Tätigkeit verursacht, ist ersichtlich, welche Bedeutung die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten innerhalb der Volksgemeinschaft erlangt hat. Der Gesamtaufwand hat 1926 gegenüber den Vorjahren eine weitere Steigerung erfahren und läßt sich hauptsächlich auf die gestiegene Zahl der Beratungsstellen und deren vermehrte Beratungstätigkeit sowie auch auf die Steigerung der Mieten für die Räumlichkeiten und die erhöhten Besoldungen zurückführen.

Er betrug	1924	390 574 RM.
	1925	551 240 RM.
	1926	639 996 RM.
	1927	840 713 RM.

Nach der allgemeinen Übersicht über die Schadenverhütung in der Fürsorge für Geschlechtskranke erscheint es nötig, auf das Wirken einzelner Versicherungsträger näher einzugehen, um ein besseres Bild von den einzelnen örtlichen Verhältnissen zu bekommen. So schreibt die LVA. Berlin in ihren Geschäftsberichten 1925 und 1926: „Die Besucherzahl betrug im Berichtsjahr 10 525 gegen 12 109 im Jahre 1924. In den Beratungsstellen hat seit Ende des Jahres 1925 der Besuch wieder erheblich zugenommen, so daß für 1926 höhere Besuchsziffern zu erwarten sind (1926: 10 912). Frische Syphilis zeigte einen überraschenden Rückgang, welcher sicher mit der allgemein beobachteten Eindämmung dieser Krankheit in Zusammenhang steht. Doch spielen hierbei noch andere Momente mit. Die Syphilitiker werden durch eine gewisse Agitation der ärztlichen Beratung abwendig gemacht, und suchen, wie in zahlreichen Fällen beobachtet wurde, die Beratungsstelle erst auf, wenn sie mit nicht ärztlicher Behandlung schlimme Erfahrung gemacht haben." Durch diese Beobachtungen wird leider die Genugtuung über den Rückgang der frischen Syphilis eingeschränkt.

Auch die LVA. Schlesien meldet in ihrem Jahresbericht von 1926, daß in einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten erfreulicherweise ein Abnehmen der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen ist. Dadurch, daß die Kranken von den Beratungsstellen in weitestgehendem Maße erfaßt, beraten, überwacht und eventuell der notwendigen Behandlung zugeführt werden, ist anzunehmen, daß in den nächsten Jahren sich die Zahl der Erkrankten weiter vermindern wird.

6. Erfolge der Bekämpfung.

Von diesem bisherigen und zu erwartenden Rückgang kann die ganze vorbeugende und verhütende Fürsorge der Invalidenversicherung einen erheblichen Anteil auf ihr Konto buchen; deutlich zeigt sich der Erfolg der Schadenverhütung auch auf diesem Gebiet.

Es meldet ebenso die LVA. Hannover (für 1926), daß die Beratungsstellen für Geschlechtskranke ihre für die Versicherten „so segensreiche Tätigkeit" haben fortsetzen können. Die Hauptberatungsstelle in Hannover konnte auf ein zehnjähriges Bestehen zurückblicken, in der sie entsprechend den Großstadtverhältnissen 38 795 Personen beraten hat. Im Rheinland standen

bei den neun Beratungsstellen am Schlusse des Jahres 1926 27 391 Kranke in Beobachtung[1]). Bei den elf Beratungsstellen im Freistaat Sachsen ergingen Meldungen 1925 13 022, 1926 14 132, d. i. Zunahme von 9 v. H.[2]); in Württemberg[3]) wurden 1926 2108 Kranke gemeldet und von den 16 Beratungsstellen 4425 Beratungen durchgeführt. Aus Thüringen meldet die dortige Landesversicherungsanstalt ebenfalls einen Rückgang an Syphiliskranken; im ganzen standen bei den elf Beratungsstellen des Landes 8128 Kranke in Behandlung und Überwachung, wovon 2974 Fälle im Jahre 1926 neu erfaßt wurden[4]).

Diese Beratungstätigkeit kann man wohl mit Haustein[5]) als einen neuen wesentlichen und erfolgreichen Schritt in dem fünf Jahrhunderte langen vergeblichen Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten bezeichnen. In der bereits angeführten Denkschrift des Reichsinnenministeriums wird die erhebliche Abnahme der Geschlechtskrankheiten neben der wirkungsvolleren Behandlung und der eindringlichen Belehrung der Bevölkerung auch auf die stärkere Inanspruchnahme der Beratungsstellen zurückgeführt. Hiermit ist die Bedeutung der Schadenverhütung auf diesem Gebiet vollauf gekennzeichnet und gewürdigt.

IV. Bekämpfung des Krebses.

Die bisher geschilderte Bekämpfung der drei großen Volkskrankheiten, der Tuberkulose, des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten, nimmt den größeren Teil der Schaden verhütenden Fürsorge der Invalidenversicherung in Anspruch. Erfreulicherweise konnte überall von Erfolgen dieses Wirkens berichtet werden; insbesondere, daß die Todesursache der Tuberkulose weiter sinkt und 1926 gegenüber 1925 um etwa 8 v. H. weiter zurückgegangen ist. Erschreckend macht sich dagegen das Anwachsen zweier neuer Volkskrankheiten bemerkbar, nämlich des Krebses und der Herzkrankheiten. Nach dem vom Statistischen Reichsamt zusammengestellten Jahresbericht des Reichsgesundheitsamts für 1926 ist in den 350 Gemeinden mit 15 000 und mehr Einwohnern, die 27 Millionen oder fünf Zwölftel der Bevölkerung umfassen, die Zahl der Sterbefälle im Jahre 1926 an Krebs 31 931 und an Herzkrankheiten 33 922.

In Preußen allein starben an Krebs:

	Personen[6])	auf je 10000 Lebende
1924	35 411	9,39
1925	36 943	9,71
1913		7,41.

[1]) Geschäftsbericht für 1926, S. 49. [2]) S. 36. [3]) S. 38. [4]) S. 36.
[5]) a. a. O., S. 580.
[6]) Medizinalstatistische Nachrichten, 1927 Nr. 2.

1. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Krebskrankheit.

Wie sehr die Sterblichkeit an Krebs bei den über 40 Jahre alten Personen seit 1876 angewachsen ist, zeigt mit erschreckender Deutlichkeit die folgende Übersicht. Es starben an Krebs[1]) im Alter von über 40 Jahren

im Jahre	Personen	auf je 10 000 Lebende
1876	5 512	8,5
1880	7 273	10,7
1885	9 199	12,8
1890	11 825	15,7
1895	15 319	19,2
1900	18 671	22,2
1905	21 778	23,5
1910	26 442	26,6
1915	27 965	25,9
1920	28 898	26,3
1924	33 785	29,5

Da der Krebs als Todesursache bei der Bevölkerung unter 40 Jahren keine wesentliche Rolle spielt, ist in der vorstehenden Tabelle die Bevölkerung bis zu dieser Altersgrenze nicht berücksichtigt.

Die Frage, wieweit das Anwachsen der Krebssterbeziffern mehr auf einer größeren Genauigkeit der statistischen Erhebung infolge besserer Erkennung der Todesursache oder auf Vergrößerung des Anteils der höheren Altersklassen der Bevölkerung beruht als auf einer tatsächlichen Vermehrung der Krebskrankheit, läßt sich schwer entscheiden. Man muß aber annehmen, daß die Zahl der standesamtlich gemeldeten Sterbefälle an Krebs viel zu niedrig ist. „Eine nicht unbedeutende Zahl von Sterbefällen, denen eigentlich Krebs zugrunde liegt, ist auf den Sterbefallzählkarten als Magen-, Darm-, Leberleiden, als sekundäre Bluterkrankung usw. zu finden. Selbst in Kliniken wird bisweilen Krebs nicht erkannt und erst auf dem Seziertisch als eigentliche Todesursache ermittelt. Auf Grund seiner Sektionsergebnisse schätzte Lubarsch vor einigen Jahren die wirkliche Krebssterblichkeit etwa doppelt so hoch, wie durch die Todesursachenstatistik festgestellt werden konnte[2])!" Heute übersteigt jedenfalls die Zahl der Sterbefälle an Krebs bei weitem die an Tuberkulose, und es scheint, als ob erst jetzt die Ausbreitung dieser Krankheit als neue furchtbare Volkskrankheit erkannt wird.

[1]) Medizinalstatistische Nachrichten 1927, Nr. 4.
[2]) Medizinalstatistische Nachrichten 1927, Nr. 2 S. 106.

Das starke Anwachsen der Krebskrankheit in den letzten Jahrzehnten hat seinen Grund darin, daß man über den Erreger des Krebses noch keine endgültigen Feststellungen gemacht hat, und daß infolgedessen, verglichen z. B. mit der umfassenden Bekämpfung der Tuberkulose, keine oder nur verschwindend geringe Anstalten zu seiner Bekämpfung getroffen worden sind. Auch auf diesem Gebiet ist aber, um das fast zum Gemeinplatz gewordene Wort bewußt zu gebrauchen, das wirksamste Mittel der Bekämpfung: die Verhütung, die darauf abzielen muß, die Bevölkerung über die ersten Erscheinungsformen des Krebses und die Bedingungen, unter denen er sich entwickelt, aufzuklären. Hoffentlich gelingt es der Wissenschaft, bald die Krankheitserreger festzustellen!

2. Umfang der Bekämpfung.

Die von den Versicherungsanstalten durchgeführten Heilverfahren haben gegenüber der großen Todesziffer des Krebses keine große Bedeutung erlangt. Es befanden sich in Heilbehandlung:

1914	65 Kranke	1922	84 Kranke
1919	61 „	1925	20 „
1920	84 „	1926	41 „
1921	65 „	1927	60 „

wobei von den beiden zuletzt genannten 16 bzw. 28 Kranke als geheilt im Sinne des § 1255 II. RVO. zu betrachten waren.

3. Bewertung der Leistungen der Versicherungsträger.

Die Ursache für die geringe Ausdehnung des Heilverfahrens ist ebenfalls darin zu suchen, daß es zur Zeit noch kein sicheres Heilmittel gegen den Krebs gibt. Vor dem Kriege sind zwar Nachrichten über günstige Erfolge bei der Behandlung von Krebskranken mit radioaktiven Stoffen in die Öffentlichkeit gedrungen, die auch im Reichsversicherungsamt mit Aufmerksamkeit verfolgt wurden. Einzelne Versicherungsanstalten haben Kranke damit behandeln lassen und Mittel für den Ankauf zur Verfügung gestellt. Über die damit erzielten Ergebnisse sind aber keine Veröffentlichungen gemacht worden. Die außer den Heilverfahren auf Grund des § 1274 RVO. zur Bekämpfung der Krebskrankheiten von allen 35 Landesversicherungsanstalten zur Verfügung gestellten Mittel betrugen

1925	740 RM.
1926	940 RM.
1927	5918 RM.

Nach dem die große Gefahr, die durch die starke Verbreitung des Krebses der Volksgesundheit droht, allseitig erkannt ist, muß auch die Invalidenversicherung ihrer Bekämpfung und Verhütung mehr Aufmerksamkeit zuwenden. Denn genau wie sich eine verarmte Volkswirtschaft keine so hohe Tuberkulosesterblichkeit leisten kann, so kann sie ebensowenig eine noch höhere Sterblichkeit an Krebs- und Herzkrankheiten dulden.

(Über die Herzkrankheiten machen die Amtlichen Nachrichten des RVA. 1926 keine Mitteilung; soweit Kranke hier behandelt wurden, fallen sie unter die „anderen Krankheiten" der Statistik, worüber nähere spezialisierende Angaben nicht vorliegen. Für die Zukunft wird jedoch beabsichtigt, auch Krankheiten wie Gelenkrheumatismus, die Krankheiten der Nerven, des Herzens und der Adern, Blutarmut, die heute eine vermehrte Aufmerksamkeit erfordern, getrennt von den übrigen Krankheiten zu erfassen und darzustellen. Damit wird es möglich sein, sich ein umfassenderes Bild von der wirtschaftlichen Bedeutung dieser Krankheit zu machen, als es heute möglich ist.)

V. Bekämpfung der Zahnkrankheiten.

Unter dem Begriff der Schadenverhütung hat ein Zweig der Fürsorge der Invalidenversicherung in den letzten Jahren immer größeren Umfang angenommen, dessen volkswirtschaftliche Bedeutung gering zu sein, und der vor allem in das Gebiet der Krankenversicherung zu gehören scheint. Es ist dies die Fürsorge für die Zahnkranken. Gerade jetzt verbreitet sich mehr und mehr die Erkenntnis von der Wichtigkeit der Zahnpflege für die Gesundheit und Verhütung von Krankheiten.

1. Bedeutung der Zahnkrankheiten.

So hatte die im Februar 1928 in Berlin tagende 17. Hauptversammlung des Reichsverbandes Deutscher Zahnärzte ein Thema gewählt, das zur Zeit im Vordergrund nicht nur des zahnärztlichen, sondern überhaupt des ärztlichen Interesses steht, und das sich damit beschäftigt, wieweit kranke Zähne für eine Infektion des Gesamtkörpers mit gefährlichen Keimen den Ausgangspunkt bilden und den Körper mit Giften durchsetzen können. Die Gesunderhaltung des Gebisses als Vorbeugung gegen Krankheit verdient unter diesen Gesichtspunkten jedenfalls starke Beachtung. Es sei auch darauf hingewiesen, daß die volkswirtschaftlich so bedeutungsvollen Krankheiten wie Tuberkulose und Lues für die Entstehung von Zahnkrankheiten eine erhebliche Rolle spielen.

Natürlich kann ein Zahlheilverfahren von den Landesversicherungsanstalten nur dann eingeleitet werden, wenn ein Verlust der Arbeitskraft zu befürchten ist. Es muß also, was hierbei hauptsächlich in Frage kommt, der Nachweis erbracht werden, „daß durch das mangelhafte Gebiß ein körperlicher Zustand herbeigeführt worden ist, der in absehbarer Zeit in Invalidität überzugehen droht[1])". Hieraus ergibt sich, daß zur Beseitigung von Schönheitsfehlern Zahnersatz nicht gewährt werden kann. Von einem Zustand, der das Allgemeinbefinden gefährdet und Invalidität heraufbeschwört, kann man aber nur sprechen, wenn eine größere Anzahl von Zähnen fehlt oder schadhaft ist. Viele Versicherungsanstalten leiten deshalb Heilverfahren nur dann ein, wenn mindestens fünf, sechs oder mehr Zähne zu ersetzen sind. Andere wieder beteiligen sich an einem Heilverfahren nur, wenn ein gewisser Gesamtkostenaufwand überschritten wird. Die Behandlung einzelner Zähne kann im Dahmen dieser Grundsätze nicht übernommen werden, hierfür ist die Krankenversicherung zuständig.

2. Umfang der Bekämpfung.

Der Umfang und Kostenaufwand, den die Zahnfürsorge im Laufe der Entwicklung angenommen hat, ist aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlich:

Jahr	Behandelte Personen			Kostenaufwand insgesamt RM.	Davon ersetzt durch Krankenkassen, Gemeinden, Versichert. RM.	Wirklicher Kostenaufwand RM,
	Männer	Frauen	zusammen			
1911	16 630	14 217	30 847	1 082 019	223 106	858 913
1913	25 517	23 983	49 500	2 284 047	899 294	1 384 753
1925	60 139	43 637	103 776	5 594 934	3 182 113	2 412 821
1926	85 363	63 871	149 234	7 936 270	4 414 715	3 521 555
1927	101 110	78 418	179 528	9 751 673	5 413 026	4 338 647

Die Zahlen zeigen deutlich die wachsende Bedeutung des Heilverfahrens; bei einem Kostenaufwand von etwa 3,5 Millionen Reichsmark wurden 1926 fast 150 000 Personen behandelt gegenüber einem Aufwand von etwa 850 000 RM. bei 30 000 Behandelten im Jahre 1911. Besonders durch eine Erleichterung der Bedingungen für die Übernahme des Verfahrens, wie sie z. B. in Schlesien stattfand, wurde diese Ausdehnungstendenz stark gefördert. Hier stiegen infolgedessen die Zahl der bewilligten Anträge von 6885 im Jahre 1925 auf 11 663 im Jahre 1926. Auch in Baden zeigt sich an der sprunghaften Zunahme der

[1]) Amtliche Nachrichten des RVA., 1927 Nr. 11, textliche Beilage.

Heilverfahrenanträge, wie die Bedeutung der Zahnpflege für die Erhaltung der Gesundheit immer stärker erkannt wird. Es wurden dort Anträge gestellt:

4 300 im Jahre 1913
10 408 „ „ 1925
11 175 „ „ 1926

Im Hinblick auf diese bedeutende Entwicklung, die eine Überschreitung der für diesen Zweck vorgesehenen Gelder mit sich brachte, sah sich hier jedoch der Vorstand der Landesversicherungsanstalt gezwungen, eine Erschwerung in der Erlangung von Zahnersatz eintreten zu lassen.

3. Erfolge der Bekämpfung.

Über die Erfolge des Verfahrens wird allein aus Schlesien[1]) berichtet: „Die Nachschautermine, zu denen etwa 87 v. H. der Geladenen erschienen waren, zeigten im allgemeinen ein befriedigendes Ergebnis in bezug auf die Beschaffenheit der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen, und die Versicherten waren in der überwiegenden Mehrzahl durch die gut gebrauchsfähigen Zahnersatzstücke zufriedengestellt. Es zeigte sich, daß in ihre Kreise die Überzeugung vom Besitz eines gut passenden Ersatzstückes weit eingedrungen ist und festen Fuß gefaßt hat. Wo Abänderungen oder Ergänzungen sich als nötig herausgestellt haben, erklärten sich die anwesenden Zahnärzte und -techniker zu kostenloser Abänderung in ihrer Sprechstunde bereit." Selbstverständlich wurden die Kosten der Nachschautermine von den Landesversicherungsanstalten getragen, also insbesondere umfaßten sie die Reisekosten und entgangenen Arbeitsverdienst, soweit hierüber Bescheinigungen beigebracht wurden.

So leisten auch auf diesem Gebiet der Fürsorge die Landesversicherungsanstalten materielle und ideelle Arbeit, die nicht gering geschätzt werden darf und die in ihrem Enderfolg den Versicherten zugute kommt. Es muß daher eine „Gesundheitsfürsorge ohne zwecksicheres Zahnheilverfahren heute schlechthin als unmöglich bezeichnet werden[2])".

VI. Schlußbetrachtung: Die Ausgestaltung des Heilverfahrens in der Invalidenversicherung.

Die bisher gegebene Darstellung ist bewußt auf die Schaden verhütenden Heilverfahren und die Gesundheitsfürsorge in der Invalidenversicherung beschränkt. Es ist jedoch nötig, darauf

[1]) a. a. O., S. 85.
[2]) E. Müller-Stade: Gesundheitsfürsorge und Zahnheilverfahren, Archiv für soziale Hygiene und Demographie, 1928 S. 172.

hinzuweisen, daß für die Gesundheitsfürsorge außerdem noch die Kranken- und Angestelltenversicherung in Betracht zu ziehen sind, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, zu der zur Zeit bestehenden Regelung des Eingreifens der verschiedenen Versicherungsträger Stellung zu nehmen.

1. Das Heilverfahren bei den verschiedenen Versicherungen.

Die Krankenversicherung gewährt den Versicherten nach §§ 182, 183 RVO. ärztliche Behandlung einschließlich Versorgung mit Arznei und kleineren Heilmitteln und Krankengeld regelmäßig bis zur Dauer von 26 Wochen. Darüber hinaus kann die Versicherung gewähren Hauspflege (§ 185 RVO.), Fürsorge für Genesende, insbesondere durch Unterbringung in einem Genesungsheim, Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen und zu erhalten (§ 187 RVO.). Weiter kann die Krankenpflege durch die Satzung auf nicht anspruchsberechtigte Familienangehörige der Versicherten (§ 205 b RVO.) ausgedehnt werden. Zur Vorbeugung und Krankheitsverhütung bei den einzelnen Kassenmitgliedern (§ 187 Nr. 4 RVO.) und für Zwecke der allgemeinen oder besonderen Schadenverhütung (§ 363 RVO.) können auch bei der Krankenversicherung Mittel aufgewandt werden.

Das Eingreifen der Invaliden- und Angestelltenversicherung erfolgt (nach §§ 1269, 1305 RVO. und § 41 AVG.), um die drohende Invalidität oder Berufsunfähigkeit eines Versicherten abzuwenden oder um den Empfänger einer Rente wieder erwerbs- oder berufsfähig zu machen, falls ein solcher Erfolg des Heilverfahrens zu erwarten ist.

2. Mängel des Heilverfahrens im allgemeinen.

Die Mängel in der zur Zeit bestehenden Regelung der Gesundheitsfürsorge bei den nebeneinander bestehenden Versicherungsarten ergeben sich daraus, daß die Versicherten einen Anspruch auf Leistung nur allein gegen die Krankenkassen haben, der auch nur auf Krankengeld und Krankenpflege beschränkt ist. Auf die zugelassenen fakultativen Leistungen der Invaliden- und Angestelltenversicherung besteht dagegen kein Anspruch, sondern sie sind in das freie Ermessen der Landesversicherungsanstalten gestellt, woraus sich manche Unterschiede ergeben, die durch die verschiedenartige Anwendung und Auslegung der Voraussetzungen für eine Leistung bedingt sind. Teilweise wird die Gewährung des Heilverfahrens von einer bestimmten Mindestanzahl von Beiträgen der Versicherten abhängig gemacht, das aber im Prinzip (nur mit wenigen Ausnahmen) für ihn selbst und nicht auch für seine Angehörigen gewährt wird. Ein

Hauptnachteil liegt ferner darin, daß durch den Verwaltungsbrauch der Versicherungsanstalten mehr jedenfalls auf Heilung hingestrebt wird als auf tatsächliche vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten oder solchen Fürsorgeeinrichtungen, die nach einer ärztlichen Behandlung einsetzen müssen, um ihr den Erfolg zu sichern oder erst zu ermöglichen. Oft wird auch der Begriff des Schaden verhütenden Heilverfahrens zu eng gefaßt, da auch kranke Versicherte, bei denen die Beseitigung der Invalidität oder Verhütung der Erwerbsunfähigkeit aussichtslos ist, behandelt werden müßten, wenn wenigstens hierdurch ein Übergreifen der Krankheit auf die Familienmitglieder verhütet wird, ferner, daß umgekehrt nicht versicherte Familienmitglieder behandelt werden können, wenn der Versicherte dadurch vor einer Ansteckung bewahrt bleibt. Endlich müßte von den Versicherungsträgern die praktische Erfahrung noch mehr berücksichtigt werden, daß ein lang dauernder Erfolg eines rechtzeitig und zweckmäßig gewährten Heilverfahrens sich nur dann einstellen kann, wenn die Heilmaßnahme lange genug durchgeführt und sooft als nötig wiederholt wird.

3. Mängel bei der Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten.

Diese Mängel und Ungleichheiten in der Leistung der verschiedenen Versicherungsanstalten machen sich besonders bei der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten bemerkbar, da gerade diese beiden Krankheiten besondere Vorbeugungsmaßregeln erfordern, um eine Ansteckung in der Familie und ein Übergreifen auf die soziale Umwelt zu verhüten und, weil ferner bei diesen beiden Krankheiten durch eine zielbewußte und planvolle Bekämpfung auch ein Erfolg zu erwarten ist. Außerdem kommt noch hinzu, daß sowohl die Geschlechtskrankheiten wie auch die Tuberkulose die Erwerbsfähigkeit, das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung besonders stark bedrohen und dadurch die Versicherungsträger in besonders starkem Maße belasten; so entfielen z. B. auf die Bekämpfung der Tuberkulose 1926 nur etwa 20 v. H. der gewährten Heilverfahren, die aber über 50 v. H. der gesamten Aufwendungen erforderten. Zu diesen bedeutenden Leistungen kommen noch die der Kranken- und Angestelltenversicherung für ebenfalls vorbeugende und heilende Fürsorge hinzu.

4. Der amtliche Entwurf zur Ausgestaltung des Heilverfahrens.

Diese Unregelmäßigkeiten und Verschiedenheiten in der Gewährung von Heilverfahren und der Umstand, daß sich die

Zuständigkeiten der Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung zum Nachteil der Versicherten auf dem Gebiet des Heilverfahrens vielfach überschneiden, haben das Reichsarbeitsministerium veranlaßt, dem Reichsrat und Reichstag einen Entwurf von Richtlinien[1]) vorzulegen (Februar 1928), der die zur Vermeidung der erwähnten Mängel geeigneten Maßnahmen enthält und der sich mit der Neuregelung der Gesundheitsfürsorge für tuberkulöse und geschlechtskranke Versicherte befaßt[2]). Die Ausdehnung der Richtlinien auf andere Erkrankungen, wie Zahnkrankheiten und rheumatische Erkrankungen, soll vorbehalten bleiben.

Der Inhalt und die Aufgaben der Richtlinien ergeben sich aus dem Gesetz vom 28. Juli 1925 — Reichsgesetzblatt I S. 157 — über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung, wonach die Reichsregierung „nach Anhören der Versicherungsträger und der Ärzte oder ihrer Spitzenverbände mit Zustimmung des Reichsrats und eines 28 gliederigen Ausschusses Richtlinien erlassen kann, betreffend das Heilverfahren in der Reichsversicherung und die allgemeinen Maßnahmen der Versicherungsträger zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Berufsunfähigkeit oder Invalidität oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung. Die Richtlinien sollen ferner das Zusammenwirken der Träger der Reichsversicherung untereinander und mit den Trägern der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege auf dem Gebiet des Heilverfahrens und der sozialen Hygiene regeln."

Diese durch das Gesetz gegebene Ermächtigung verfolgt das Ziel, durch Zusammenfassung der Mittel und Kräfte der einzelnen Versicherungszweige die Wirkung ihrer Sachleistungen auf den Gebieten der allgemeinen gesundheitlichen Maßnahmen und des Heilverfahrens zu erhöhen.

Der neue Entwurf gibt zwar den tuberkulösen und geschlechtskranken Versicherten auch keinen Anspruch auf die Gewährung eines Heilverfahrens und übt auch keinen Zwang auf die Versicherungsträger zur Gewährung eines solchen aus, sondern wählt den Mittelweg zwischen gesetzlichem Zwang und freiem Ermessen in Form von Richtlinien, und beläßt dadurch den Versicherungsträgern die für die Gesundheitsfürsorge notwendige Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit sowie die Möglichkeit, auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit die nötige Rücksicht zu nehmen.

Als Neuerungen kommen ferner hinzu, daß zur wirksameren

[1]) Die Reichsversicherung, 1928 Nr. 2.

[2]) Dieser Entwurf ist inzwischen durch die Auflösung des Reichstags im März 1928 hinfällig geworden. Gleichwohl ist es meines Erachtens nötig, auf ihn wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung einzugehen. — Nach erneuter Vorlegung im Reichstag wurde er nunmehr als Gesetz beschlossen (vom 27. Februar 1929).

Unterstützung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose bei allen Versicherungsanstalten die Gewährung eines Heilverfahrens nicht mehr von einer Mindestanzahl von Beiträgen abhängig gemacht wird. Bisher waren nur einzelne Versicherungsanstalten dazu übergegangen, Heilverfahren namentlich an jugendliche Kranke zu gewähren, ohne daß diese eine Mindestzahl von Beiträgen nachweisen konnten.

Einen weiteren Schritt vorwärts bedeutet die Ausdehnung der Gesundheitsfürsorge auf diesen beiden Gebieten auf die Angehörigen der Versicherten; diese Erweiterung erweist sich als dringend nötig, da infolge der Ansteckungsgefahr ein erkranktes Familienmitglied die ganze Familie mit den Krankheitskeimen infizieren und schließlich im Erwerbsleben schädigen können.

Auch die bereits mehrfach angeschnittene Frage, daß der Tuberkulöse nach Abschluß eines Heilverfahrens sich selbst überlassen bleibt und gezwungen ist, in seine meist ungeeigneten Wohn- oder Arbeitsverhältnisse zurückzukehren, wodurch der beste Kurerfolg schnell wieder verlorengehen muß, soll durch die Richtlinien einer besseren Lösung näher gebracht werden. Es wird in ihnen der Grundsatz aufgestellt, daß zu den Heilverfahren ergänzende Fürsorgemaßnahmen hinzutreten müssen, und „daß es Aufgabe der Versicherungsträger ist, rechtzeitig mit dem Träger der öffentlichen oder freien Wohlfahrtspflege ins Einvernehmen zu treten, ob, wann und welche Fürsorgemaßnahmen zugunsten des Tuberkulösen getroffen werden sollen und wie die dazu erforderlichen Mittel aufzubringen sind[1])."

Die Richtlinien äußern sich schließlich auch über die Asylierung von schwerkranken Tuberkulösen sehr eingehend. Die Herausnahme schwerkranker oder nicht mehr zu heilender ansteckungsfähiger Tuberkulöser aus der Familie eines Versicherten stellt eine besonders wichtige Maßnahme gegen die Tuberkulose dar. Wenn auch eine Maßnahme dieser Art kein eigentliches Heilverfahren darstellt, so kann sie jedoch indirekt den Charakter eines vorbeugenden Heilverfahrens für den Versicherten selbst erlangen, da er auf diese Weise vor Ansteckung bewahrt bleibt.

Zusammenfassend lassen sich die in dem Entwurf der Richtlinien vorgesehenen Verbesserungen in der Heilbehandlung von Tuberkulösen und Geschlechtskranken folgendermaßen durch die neugeforderten Mindestleistungen der Versicherungsträger charakterisieren:

---

[1]) Aus der Begründung zu den Richtlinien, Die Reichsversicherung, 1928 Nr. 2.

„1. Für die tuberkulösen und geschlechtskranken Versicherten soll ohne Rücksicht auf die Zahl der entrichteten Beiträge gesorgt werden, soweit die verfügbaren Mittel ausreichen.

2. Auch den Angehörigen von tuberkulösen und geschlechtskranken Versicherten sollen Heil- und Fürsorgemaßnahmen gewährt werden.

3. Es soll dafür gesorgt werden, daß die Heilbehandlungsmaßnahmen für tuberkulöse Versicherte durch Fürsorgemaßnahmen des zuständigen Trägers der öffentlichen oder freien Wohlfahrtspflege ergänzt werden, und diese Maßnahmen sollen durch Beihilfen unterstützt werden.

4. Auch die Asylierung nicht mehr heilbarer Tuberkulöser gehört zu den im Rahmen der verfügbaren Mittel zu gewährenden Heil- und Fürsorgemaßnahmen[1])."

Besonders erfreulich an dem Entwurf ist, daß durch die Verbesserungen keine finanziellen Neubelastungen erfolgen sollen. Es findet also eine Rationalisierung der Wohlfahrtspflege statt. Die Krankenkassen werden sogar entlastet, da die Krankenhauspflege, die sie nach § 184 RVO. gewähren dürfen, und für die von ihnen im Jahre 1925 150 Millionen RM. aufgewendet wurden, auf die Träger der Angestellten- und Invalidenversicherung übergehen soll, soweit dafür Tuberkulosekranke in Frage kommen. Für die sich hieraus ergebende Mehrbelastung der Invaliden- und Angestelltenversicherung stehen aber nach dem Gesetz über die Zolländerungen vom 17. August 1925 bis zum 31. März 1935 jährlich 40 Millionen RM. zur Verbesserung der Leistungen der Invalidenversicherung auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge zur Verfügung.

Vor allem verdient der neue Grundsatz in den Richtlinien Beachtung, daß die Bekämpfung der Tuberkulose Aufgabe der Invaliden- und Angestelltenversicherung sein, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten aber den Krankenkassen übertragen werden soll. Bisher wurde die Heilbehandlung und die allgemeinen Fürsorgemaßnahmen der Invaliden- und Angestelltenversicherung n e b e n den Leistungen der Krankenkassen gewährt. Dieses Nebeneinander, verbunden mit einer Vielheit von Befugnissen, „widerspricht dem Gebot der Einfachheit und Sachlichkeit und spricht für eine Verteilung der Aufgaben im Verhältnis der Versicherungsträger untereinander"[1]). Eine solche Neuverteilung der Aufgabenkreise würde sowohl für die Versicherten wie für die Versicherungsträger Vorteile haben.

Da die Bekämpfung der Tuberkulose bei dem chronischen Verlauf der Krankheit die zeitliche Zuständigkeit der Kranken-

[1]) Aus der amtlichen Begründung, Die Reichsversicherung, 1928, Nr. 2.

kassen in der Regel überschreiten würde, soll sie deshalb weiterhin Arbeitsgebiet der Invalidenversicherung bleiben, zumal ihre Versicherungsträger über die dazu erforderlichen Einrichtungen zur Durchführung der nötigen Heilmaßnahmen einschließlich der großen praktischen Erfahrung verfügen.

Hinzu kommt noch, daß ein wirklicher Erfolg in der Tuberkulosebekämpfung sich in einer Minderung der Rentenlast zeigen muß, so daß also aus freiem Antrieb die Versicherungsanstalten alles nur Mögliche tun werden, um diesen doppelten Erfolg zu erzielen.

Die Behandlung der geschlechtskranken Versicherten dagegen kann in den meisten Fällen im Rahmen der zeitlichen Zuständigkeit mit den Geldern der Krankenkassen durchgeführt werden; es empfiehlt sich daher, die Fürsorge für diese Kranken den Krankenkassen zu überlassen. Zieht sich die Heilung über die 26-Wochen-Grenze hinaus, so würden die Invaliden- und Angestellten versicherung die weiteren Heilmaßnahmen übernehmen müssen. Diese Neuregelung entspricht dem Wunsch des Reichstags, der bei der Annahme des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an die Regierung das Ersuchen richtete: „Die Pflicht der Krankenkassen zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten bis zur Beseitigung der Ansteckungsgefahr zu verlängern[1])."

In einem letzten Abschnitt spricht der Entwurf ausführlich über die Zusammenarbeit der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und regt Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger mit den Vertretern der freien Wohlfahrtspflege zur intensiveren Durchführung der allgemeinen Gesundheitsfürsorge an, wobei die Beteiligten als gleichberechtigt anerkannt werden und nach eigenem Ermessen ihre Angelegenheiten regeln sollen. Eine große Anzahl von diesen Gemeinschaften besteht bereits, schon in dem Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamts für 1926 waren 16 davon für die Bezirke einzelner Versicherunganstalten aufgeführt.

Der Entwurf des Reichsarbeitsministeriums hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch Zusamenfassung aller lebendigen Kräfte der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege den Kampf gegen die Volksseuchen zu verstärken und sie in umfassender Weise erfolgreich zu bekämpfen. Die lange erwarteten Richtlinien sind ein Anfang der dringend nötig gewordenen Reform zur Verbesserung der öffentlichen Krankenfürsorge, wobei besonders zu begrüßen ist, daß neue Belastungen finanzieller Art vermieden werden. Die Richtlinien zeigen, wie in immer stärkerem Maße

[1]) Die Reichsversicherung 1928, Nr. 2.

die Bedeutung der Schadenverhütung für die Volkswirtschaft erkannt wird, und wie das Bestreben des Gesetzgebers dahin geht, die Schadenverhütung immer weiter auszugestalten und zu fördern.

B. Indirekte Bekämpfung der Volkskrankheiten durch Förderung des Arbeiterwohnungsbaues.

I. Volksgesundheit und Wohnung.

Nachdem bisher die Bedeutung der Schadenverhütung in der Invalidenversicherung durch die direkte Bekämpfung der Volkskrankheiten, die der Volksgesundheit so große Schäden zufügen und den einzelnen Menschen erwerbsunfähig machen, geschildert worden war, muß noch auf einen anderen Zweig des vorbeugenden Wirkens der Invalidenversicherung hingewiesen werden, der sich die Schadenverhütung und Bekämpfung der Krankheiten in indirekter, aber gleichwohl ebenso wichtiger Weise zur Aufgabe gemacht hat.

Es handelt sich hierbei um die Frage, wie die Verwendung der angesammelten Kapitalien der Versicherungsträger am besten zum Nutzen der versicherten Bevölkerung geschieht. Und es kann hierbei gleich betont werden, daß sich die Versicherungsanstalten bei dieser Aufgabe in hohem Maße ihrer Verantwortung bewußt waren und durch Anlegung ihrer Mittel auf dem Baumarkt ebenfalls zur Schadenverhütung durch Krankheits- und Seuchenbekämpfung beigetragen haben. Mit dieser Verwendung der Gelder werden die Kapitalien nicht nur als Träger der Wirtschaft von Wichtigkeit, sondern sie gewinnen auch als Mehrer und Förderer aller auf Volkswohlfahrt und -gesundheit gerichteten Bestrebungen Bedeutung. Denn im Kampf gegen die Seuchen ist und bleibt eine soziale Wohnungsfürsorge einer der sichersten und erfolgreichsten Wege.

Die Volksgesundheit und die Gesundheit des einzelnen wird in allerweitestem Maße in sittlich-moralischer und körperlicher Beziehung durch den Zustand der Wohnung bedingt. Die sittliche Höhe des Familienlebens hängt zu einem großen Teil von der Beschaffenheit der Wohnung ab, denn in der Wohnung liegt der Brennpunkt des Familienlebens. „Die sittliche Höhe des Familienlebens bedingt aber ihrerseits den Stand der Moral, ja, bis zu einem hohen Grade den der gesamten Kultur eines Volkes[1])." Aber auch auf den körperlichen Gesundheitszustand

[1]) A. Korff-Petersen: Die Wohnung als Grundlage der Familienfürsorge. Handbuch der sozialen Hygiene, 1926 5. Band, S. 145.

des Menschen und des gesamten Volkes und damit auf die gesamte Volkswirtschaft übt die Wohnung den weitgehendsten Einfluß aus, da die Menschen einen sehr großen, wenn nicht den größten Teil ihres Lebens in ihrer Wohnung verbringen. Diese starke Wechselwirkung, die zwischen dem Zustand der Wohnung und der Volksgesundheit bestehen, lassen oft den Arzt und Volkswirt ihre Arbeit auf diesem Gebiet suchen.

Von Robert Koch stammt das Wort, daß die Tuberkulose eine Wohnungs- und Schlafzimmerkrankheit sei, wobei man sich aber, um Irrtümer und Mißverständnisse zu vermeiden, immer darüber klar sein muß, daß der Ausgangspunkt der Krankheit immer der tuberkulöse Mensch s e l b s t ist. Es kann also die Tuberkulose nur überwunden werden, wenn es uns gelingt, die Wohnungsverhältnisse vor allem in d e n Familien zu verbessern, die schwerkranke Bazillenstreuer beherbergen, denn gerade diese sind die gefährlichsten Weiterverbreiter der Seuche. Nach vorliegenden Berichten von 57 000 Offentuberkulosen, über die entsprechende Angaben[1]) vorhanden sind, besitzen fast $^1/_3$, genauer $^6/_{19}$ noch nicht einmal ein eigenes Bett. In jedem einzelnen Falle, wo es also der Wohnungsfürsorge gelingt, solch einen Schwerkranken von den anderen Familienmitgliedern abzuschließen, oder ihm wenigstens ein eigenes Bett zu verschaffen, in jedem solchen Falle gelingt es uns, der Seuche wenigstens ein Stückchen ihres Nährbodens zu entreißen. Der Hauptkampf gegen die Seuchen, gegen die Tuberkulose wie gegen die Geschlechtskrankheiten muß vor allem darin bestehen, Neuansteckungen zu verhüten und so durch Verminderung des Nährbodens der Krankheit eine langsame Gesundung der Bevölkerung herbeizuführen.

Schlechte Wohnungen bedingen schlechte Gesundheitsverhältnisse; diese alte Erfahrung wird immer wieder bestätigt, so daß man in der Wohnungsfrage ein Grundproblem der sozialen Frage, und in ihr eine Urheberin aller sozialhygienischen Not sehen kann.

Was nützt es, wenn von den Versicherungsanstalten jährlich viele Millionen für Heilverfahren für Tuberkulöse ausgegeben werden, was nützt es, wenn die damit erzielten Erfolge in Kürze durch die Rückkehr in schlechte und gesundheitsschädliche Wohnungen wieder vernichtet werden! Eine auf lange Sicht erfolgreich bleibende Bekämpfung der Tuberkulose kann daher nur durch eine grundlegende Besserung der Wohnungsverhältnisse erzielt werden, eine Lösung, die heute allerdings noch in weiten und vorläufig unerreichbaren Fernen liegt, da nach der vom

[1]) Verwaltungsbericht der LVA. Westfalen 1926, S. 56.

Statistischen Reichsamt am 16. Mai 1927 durchgeführten Wohnungszählung in den Gemeinden mit 5000 und mehr Einwohnern rund 776 000 Familien, die keine eigene Wohnung besaßen, ermittelt wurden, und danach die Zahl der wohnungslosen F a m i l i e n allein auf fast eine Million geschätzt.

Die Statistik der Bautätigkeit[1]) zeigt demgegenüber einen Zugang an Wohnungen für die

Jahre	überhaupt	auf 1000 Einwohner
1919	56 714	0,94
1920	103 092	1,71
1921	134 223	2,23
1922	146 615	2,48
1923	118 333	1,90
1924	106 502	1,71
1925	178 930	2,87
1926	205 793	3,27
	1 050 202	

Aber auch wenn die Bautätigkeit die Höhe von 1926 beibehalten würde, so ist damit die schon bestehende Wohnungsnot kaum zu beheben, da nach den eingehenden Berechnungen des Statistischen Reichsamts der Neuzugang an Ehen in den nächsten zehn Jahren jährlich über 200 000 betragen wird[2]).

Solange der für das ganze menschliche Eigenleben wichtigen Forderung nach eigener Häuslichkeit nicht Rechnung getragen werden kann, solange werden auch die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, der Geburtenrückgang, der ungeregelte Geschlechtsverkehr, die Abtreibungen nicht überwunden werden können. Wo in elenden kleinen Wohnungen oft noch die Schädlichkeiten des Schlafgängerwesens hinzukomen, und viele Menschen in wenigen oder nur in einem Raum zusammengepfercht leben müssen, entwickeln sich leicht diese Übelstände, die eine Verbreitung dieser Krankheiten in stärkstem Maße fördern, so daß auch aus diesem Grunde eine Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit einer befriedigenderen Lösung der Wohnungsfrage Hand in Hand gehen muß. Aber auch ganz allgemein wirtschaftlich gilt, was Ludwig Sinzheimer in seiner Arbeiterwohnungfrage[3]) schreibt: „Jede Maßregel, die die Beschaffenheit der Wohnungen verbessert, macht den Arbeiter gesünder und kräftiger, deshalb auch leistungsfähiger und verbessert damit

[1]) Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes, 1926 S. 15.
[2]) Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes, 1926 S. 15.
[3]) Sinzheimer: Arbeiterwohnungsfrage, Stuttgart 1902, S. 189.

die Konkurrenzkraft der deutschen Industrie auf dem Weltmarkt.“ Auf demselben Standpunkt steht Marshall, wenn er in dem Zustand der Arbeiterwohnungen ein grundlegendes bestimmendes Moment der Leistungsfähigkeit des Arbeiters sieht. In schlechten und zu engen Wohnungen, wo, wie man fast sagen kann, viele Personen auf kleiner Fläche interniert sind, muß der Mensch — und dies gilt vor allem für die in diesen Räumen aufwachsende Jugend — seine körperliche und geistige Spannkraft verlieren, körperlich verkümmern, schweren Schaden an seiner Gesundheit erleiden und schließlich früh und vorzeitig der Invalidität verfallen. Es finden also auf dem Gebiet des Wohnungswesens die Schaden verhütenden Bestrebungen der Invalidenversicherung ein reiches Betätigungsfeld, denn wie könnte die Invalidenversicherung Schaden verhütender wirken, als durch alle Arbeiten, die darauf hinauslaufen, neue und gesunde Wohnungen für die Bevölkerung zu schaffen, die bei ihr gegen Invalidität versichert ist!

II. Eingreifen der Landesversicherungsanstalten durch Hingabe von Krediten.

Die gesetzliche Grundlage für Eingreifen der Landesversicherungsanstalten auf dem Gebiet des Wohnungswesens bietet der § 26 RVO., wonach das Vermögen der Anstalten im allgemeinen mündelsicher angelegt werden muß. Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde kann jedoch nach § 1356 RVO. bis zu einem Viertel und bei Genehmigung des Gemeindeverbandes und der obersten Verwaltungsbehörde sogar bis zur Hälfte unter d e r Voraussetzung n i c h t mündelsicher angelegt werden, daß die Anlage jedoch ausschließlich den Versicherten zugute kommt.

Die weitherzige und verständnisvolle Auslegung dieser Bestimmung gestattete eine Betätigung der Versicherungsanstalten in der Wohnungsfürsorge, von deren Umfang nachstehende Aufstellung Kenntnis gibt. Es wurden vom Vermögen der Invalidenversicherung zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen, Ledigenheimen und Hospizen, Herbergen, Gesellenhäusern usw. an Krediten ausgegeben[1]).

1. Bis zum Beginn der Inflation

bis Ende			
1905 . . .	150 987 145 M.	1909 . . .	280 517 984 M.
1906 . . .	172 627 651 M.	1910 . . .	320 065 539 M.
1907 . . .	195 752 982 M.	1911 . . .	362 207 996 M.
1908 . . .	239 394 626 M.	1912 . . .	418 254 026 M.

[1]) Amtliche Nachrichten des RVA. 1906-22.

1913 . . .	482 637 581 M.	1917 . . .	571 909 466 M.
1914 . . .	532 541 142 M.	1918 . . .	578 435 018 M.
1915 . . .	558 927 857 M.	1919[1]) . . .	575 599 877 M.
1916 . . .	566 614 697 M.	1920 . . .	590 471 788 M.

Nach Beendigung der Inflation wurden von den Trägern der Invalidenversicherung zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen in den Jahren

1924—1925 . . .	33 250 206 RM. und
1926 . . .	24 565 919 RM.,
1927 . . .	51 658 637 RM.,

im ganzen also bis zum Schlusse des Jahres 1927

108 127 952 RM.

an Krediten hingegeben, wovon im einzelnen erhielten:

Bauvereine	42 988 941 RM.,
Gemeinden und Sparkassen .	45 757 106 RM.,
Arbeiter unmittelbar . . .	19 207 355 RM.,
Arbeitgeber	1 174 550 RM.

Nach Mitteilung in den Amtlichen Nachrichten[2]) ist die verhältnismäßig geringe Summe, die an Arbeiter direkt ausgeliehen wurde, in den wirtschaftlichen Schwierigkeiten begründet, die den baulustigen Versicherten besonders schwer trafen. Die hohen Zins- und Tilgungslasten, mit denen der Bau eines Eigenheims heute verbunden ist, bedrücken jeden Baulistigen schwer, wieviel mehr aber den meist unbemittelten Versicherten und wieviel mehr erst den kranken Versicherten. Der Wohnungsbau für Lungentuberkulöse konnte deshalb die so notwendige Unterstützung nur dann erfahren, wenn Gemeinden oder Vereine den Bau selbst ausführten und die Wohnungen dann vermieteten.

Über diese Anlagen zur Finanzierung des Wohnungsbaues hinaus waren noch gewaltige Kapitalien der Versicherungsträger anderweitig gemeinnützig in einer Weise angelegt, die unter das schadenverhütende Wirken der Invalidenversicherung fällt und der Volkswirtschaft zuflossen.

Von dem Gesamtvermögen der deutschen Versicherungsanstalten, das Ende 1913 über 2,1 Milliarden Mark betrug, waren allein 1,2 Milliarden und bis Ende 1920 allein 1 411 466 731 Mark gemeinnützig angelegt. Hiervon entfielen auf Darlehen zum

---

[1]) Infolge Abtretung des größten Teiles der Provinz Posen und Elsaß-Lothringens sind die Anlagen der dortigen früheren Landesversicherungsanstalten sowie die Pensionskasse der Reichsbahn ausgeschieden. Der Abgang beträgt 10 700 017 M.

[2]) Amtliche Nachrichten des RVA., 1927 Nr. 11, textliche Anlage.

	bis Ende 1913[1])		bis Ende 1920[2])
	Millionen Mark		
I. Darlehen zum Wohnungsbau			
1. zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen	457,6		563,7
2. „ „ „ Ledigenheimen, Hospizen, Herbergen, Gesellenhäusern usw.	25	482,6[3])	26,7
II. Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege			
1. für den Bau von Krankenhäusern, Genesungsheimen, Volksheilstätten, Invaliden- und Erholungsheimen, Siechenhäusern und Kranken- und Invalidenpflege überhaupt	133,1		148,1
2. zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere zum Bau von Volksbädern, Schlachthäusern, Wasserleitungen, Kanalisationen usw.	181,1		199,7
3. für Erziehung und Unterricht, Hebung der Volksbildung	93,6		99,2
4. für sonstige Wohlfahrtszwecke	154,1		239,4
III. Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses			
für Bodenverbesserung, Ent- und Bewässerung, Moordammkultur, Aufforstung, Wegebau, Kleinbahnen, Hebung der Viehzucht, Linderung der Futternot)	119,7		134,5

Es betrugen hiernach die Darlehen zur Förderung

der Arbeiterwohnungsverhältnisse	41,84	v. H.
von Wohlfahrtseinrichtungen	48,63	„
des landwirtschaftlichen Kredits	9,53	„

2. Nach Beendigung der Inflation.

Durch die Inflation ging das Vermögen der Versicherungsanstalten zum größten Teil verloren. Das Gesamtvermögen von 2,1 Milliarden Mark war bei der Eröffnungsbilanz am 1. Januar 1924 auf einen Schätzungswert von rund 255 Millionen RM. zusammengeschmolzen, der sich nach einer neuen Schätzung für den 31. Dezember 1927 auf 329 Millionen RM. erhöht[4]). „Wieviel hiervon auf die Darlehen für die gemeinnützigen Zwecke einschließlich der Aufwendungen für die eigenen Anstalten entfallen, und wie sich diese Summe bis Ende 1926 durch die inzwischen weiter erfolgte Aufwertung erhöht hat, ist zur Zeit noch nicht festzustellen[5])."

[1]) Amtliche Nachrichten des RVA., 1914 S. 329 ff.
[2]) Hengesbach: Sozialversicherung und Wohnungsfrage. Diss., Köln 1922. Anhang.
[3]) Siehe Aufstellung S. 67.
[4]) Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung Beilage zu Nr. 2, 1928, S. 76.
[5]) Amtliche Nachrichten des RVA., 1927 Nr. 11, textliche Beilage.

Erst im Januar 1926 konnten zur Bekämpfung der außerordentlichen Wohnungsnot mit der Hergabe von Darlehen an Baugenossenschaften wieder begonnen werden. Jedoch war dies unter Berücksichtigung der angespannten Finanzen der Anstalten nur in geringem Maße möglich, so daß kinderreiche Familien, Schwerkriegsbeschädigte und gesundheitlich Gefährdete hierbei bevorzugt wurden.

Die seit dem 1. Januar 1924 für alle Zwecke neu hergegebenen Darlehen und Aufwendungen betrugen

Ende 1925 . . . 60 732 602 RM.,
Ende 1926 . . . 116 897 975 RM.,
Ende 1927 . . . 198 261 084 RM.

so daß also im Laufe des

Jahres 1926 . . . 56 165 373 RM.
Jahres 1927 . . . 81 363 109 RM.

neu gemeinnützig angelegt waren. Im einzelnen waren ausgegeben zum:

1. Bau von Arbeiterfamilienwohnungen	108 127 952	RM.
2. Bau von Ledigenheimen (Hospizen, Herbergen usw.)	1 407 406	„
3. Für allgemeine Wohlfahrtszwecke (für den Bau von Kranken- und Genesungshäusern, Volksheilstätten, Invaliden- u. Erholungsheimen, Siechenhäusern und für Kranken- und Invalidenpflege, zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere zum Bau von Volksbädern, Schlachthäusern Wasserleitungen und Kanalisationen für Erziehung und Unterricht, zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses und für sonstige Wohlfahrtszwecke)	37 146 256	„
4. Für eigene Anstalten (Krankenhäuser, Lungen- und andere Heilstätten etc.)	51 569 475	„
Gesamtsumme der gemeinnützig verwendeten Beträge	198 261 084	RM.

Die Darlehen wurden im allgemeinen zu einem Zinssatz von 7 v. H. ausgegeben, während für die Kredite vor dem Kriege der Zinssatz zwischen 3 und 4 v. H. schwankte.

Die Vorkämpfer auf dem Gebiet der Wohnungsfürsorge sind nach den Nachweisungen des Reichsversicherungsamts die Landesversicherungsanstalten Sachsen, Württemberg, Rheinprovinz und Westfalen, auf die allein 50 v. H. der gesamten Aufwendungen entfallen.

III. Bedeutung der einzelnen Darlehnsnehmer.

1. Baugenossenschaften.

Von den einzelnen Darlehnsnehmern zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen standen die Gruppe der Baugenossenschaften

und sonstigen gemeinnützigen Vereine mit 338 260 591 M. gleich 60 v. H. der Darlehnssumme von 1920 und mit 42 988 941 M. gleich 40 v. H. der Darlehnssumme von 1927 an bedeutender Stelle. Das Ziel der gemeinnützigen Bauvereine geht dahin, im Wege der Selbsthilfe die Wohnungsnot der breiteren Bevölkerungsschichten durch Herstellung von billigen Wohnungen auf gesellschaftlicher Grundlage zu bekämpfen. Da es sich hier um Bestrebungen handelt, die Wohnungsverhältnisse der unbemittelten Schichten der Bevölkerung ohne Gewinnabsichten, also in gemeinnütziger Weise zu verbessern, so muß man die Baugenossenschaften als besonders für die Förderung des Arbeiterwohnungsbaues geeignete Vorkämpfer ansehen. Die finanzielle Unterstützung der Baugenossenschaften durch die Landesversicherungsanstalten hat zweifellos einen großen Einfluß auf die Arbeiterwohnungsverhältnisse ausgeübt. „Denn mit Hilfe der billigen Hypothekarkredite haben die Baugenossenschaften nicht nur eine große Zahl von kleinen Wohnungen hergestellt, sondern sie haben auch auf dem Gebiet des Wohnungswesens geradezu Vorbildliches geschaffen, was nicht ohne Einfluß auch auf die private Bautätigkeit bleiben konnte[1])."

Der Anteil der Baugenossenschaften an der Neubautätigkeit befindet sich in ständig ansteigender Entwicklung, so daß man von einer etwa nur ergänzenden Tätigkeit der Genossenschaften nicht sprechen kann. Da die Baugenossenschaften nur Wert auf Herstellung guter, gesundheitlich einwandfreier Wohnungen, nicht aber auf die Herstellung absolut billiger Wohnungen Wert legen, kommen sie nur für Arbeiter in Frage, die hohe Löhne beziehen. Da aber auch diejenigen Arbeiter, die wegen niedrigerer Löhne für die Baugenossenschaften nicht in Betracht kommen, einen Anspruch auf die billigen Kredite der Landesversicherungsanstalten haben, so bedienen sich zur Förderung des Wohnungswesens die Anstalten geeigneter Vermittlungsstellen, die die erhaltenen Kredite für den Arbeiterwohnungsbau verwenden und gleichzeitig eine genügende Sicherheit bieten.

2. Gemeinden, Sparkassen usw.

Hierfür kommen vor allem in Betracht die Gemeindeverbände (Gemeinde, Kreise, Provinzen), ferner Sparkassen und die sonstigen Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts. „Zu erwähnen sind nur die Städte Düsseldorf und Ulm, die mit den Darlehen der Versicherungsanstalten Wohnhäuser erbaut haben, die sie dann zum Selbstkostenpreis unter Vorbehalt des Wiederkaufsrechts auf die Dauer von 100 Jahren verkauft

[1]) Hengesbach: Sozialversicherung und Wohnungsfrage, Diss., Köln 1922.

haben[1])." Hauptsächlich wurden die Darlehen an Baugenossenschaften, Versicherte und Arbeitgeber weitergegeben.

3. Arbeitnehmer.

Die geringe Höhe der an die dritte Gruppe der Darlehnsnehmer, nämlich an die versicherten Arbeiter selbst ausgegebenen Kredite wurde bereits besprochen und mit den beim Wohnungsbau verbundenen Schwierigkeiten erklärt. Hinzu kommt noch, daß von vielen Versicherungsanstalten diese Weise der Beleihung deswegen für nicht angebracht gehalten wird, weil sie eine Gefahr der Zersplitterung der Kapitalien und eine kaum mehr mögliche Kontrolle bilden. Eine Verleihung von Geldern an einzelne Arbeiter würde für die Anstalten eine starke Arbeitsbelastung und eine zu große Verantwortung bedeuten.

4. Arbeitgeber.

Die letzte Gruppe der Darlehnsnehmer stellen die Arbeitgeber dar, die bis zum Jahre 1920 44 476 079 M. = 7,9 v. H. der Darlehnssumme von 1920 und bis zum 31. Dezember 1927 1 174 550 RM. = 0,9 v. H. an Krediten erhielten, woran nur 6 Versicherungsanstalten beteiligt sind. Dieser (starke prozentuale) Rückgang in der Kreditgewährung an die Arbeitgeber ist wohl darin zu suchen, daß man befürchtete, die Arbeiter würden durch Werkswohnungen in eine zu starke Abhängigkeit vom Arbeitgeber geraten. Aber diesen Mißstand könnte man dadurch beseitigen, daß man den Versicherungsanstalten einen genügend großen Einfluß auf die Gestaltung der Mietverhältnisse einräumte.

IV. Arten der Bauten.

1. Arbeiter-Familienhäuser.

Zur Förderung des Baues von Arbeiterfamilienwohnungen, der von allen Versicherungsarten gerade von der Invalidenversicherung am meisten gefördert wird und neben der Heilfürsorge für den großen Gedanken der gesundheitlichen Verbesserung der Lage unseres Volkes wirbt, kommt noch das Bestreben, auch für die unverheirateten Arbeiter Wohnungen zu beschaffen, die meist als Ledigenheime bezeichnet werden. Hierdurch will man besonders gegen das Schlafgängertum ankämpfen, das die schlechten Wohnungsverhältnisse der ärmeren und vor allem der kinderreichen Bevölkerung sehr verschärft. Bei den hohen Mieten, die vielfach von den kinderreichen Familien aus eigener Kraft nicht aufgebracht werden können, sind diese ge-

[1]) Hengesbach, a. a. O., S. 22.

zwungen, aus ihren ohnehin schon zu engen Wohnungen Kapital zu schlagen, indem sie sie teilweise als Schlafstellen vermieten und „Schlafburschen" und „Schlafmädchen" bei sich aufnehmen. „In zahlreichen Fällen steht diesen Schlafgängern kein eigener Raum zur Verfügung, teils schlafen sie auf schnell improvisierten Lagerstätten, auf dem Korridor oder in der Küche usw.; sehr häufig aber hausen sie auch mit den Vermietern zusammen in ein und demselben Raum, zusammengepfercht auf wenige Quadratmeter. Durchaus nicht selten wird sogar ein und dasselbe Bett abwechselnd von mehreren Personen, die verschiedene Arbeitsschicht haben, benutzt[1])." Es liegt auf der Hand, welche Gefahren dieses Schlafgängerunwesen in gesundheitlicher Beziehung mit sich bringt und wie vor allem die heranwachsende Jugend sittlich und moralisch durch die sich in solchen engen Verhältnissen entwickelnde Sexualität verdorben wird. Da gilt es auch hier für die Invalidenversicherung schadenverhütend einzugreifen.

Zu diesem Zweck wird die Aufnahme von Schlafgängern in die mit den Krediten der Versicherungsanstalten erbauten Wohnungen durch die Darlehnsbedingungen unmöglich gemacht, soweit nicht geeigneter Raum frei ist. Aber durch ein Verbot des Schlafstellenunwesens ist das Problem natürlich nicht zu lösen. Jegliche Fürsorge, die einen Übelstand bekämpfen will, muß das Übel an der Wurzel packen. Auf diesem Gebiet kann das nur dadurch geschehen, daß man die größte nur mögliche Fürsorge bei den Ledigen selbst einsetzen läßt.

2. Ledigenheime.

Die Landesversicherungsanstalten haben deshalb alle Bestrebungen unterstützt, die dazu dienen konnten, das Wohnungswesen der Ledigen zu fördern. Es handelt sich hierbei um Ledigenheime, Gesellenhäuser, Hospize, Herbergen usw. Errichtet wurden Ledigenheime teils von Arbeitgebern, die sich einen dauernden, tüchtigen Stamm von Leuten schaffen wollen und dazu ihren Arbeitern Gelegenheit zu guter und billiger Unterkunft in zu diesem Zweck errichteten Schlafhäusern geben; andererseits betätigen sich auch gemeinnützige Gesellschaften und einzelne Gemeinden selbst in dem Kampf gegen das Schlafstellenunwesen durch den Bau von Logierhäusern. Besonders erwähnenswert auf diesem Gebiet ist die Fürsorge, die die katholischen Gesellenvereine den Handwerksgesellen in den Gesellenhäusern zuteil werden lassen. Es muß durchaus anerkannt werden, daß die katholischen Gesellenvereine in ihren Häusern in jeder Weise vorbildliche Anlagen geschaffen haben. „Gerade der Familien-

[1]) Hengesbach, a. a. O., S. 49.

charakter, der in den Gesellenhäusern zum Ausdruck kommt, und den sich die Gesellenvereine besonders dadurch zu wahren gewußt haben, daß sie ihre Tätigkeit auf einen Stand beschränkten und ihre Ledigenheime ausschließlich für Handwerksgesellen bestimmte, sowie dadurch, daß sie als einigendes Moment, als Bindemittel für ihre Schutzbefohlenen die konfessionelle Grundlage wählten, ist ein nicht hoch genug zu bewertender Vorzug der Gesellenhäuser[1])." Die Mittel, die bis Ende 1920 von den Landesversicherungsanstalten zum Bau von Ledigenheimen als Kredite zur Verfügung gestellt wurden, beliefen sich auf 26 737 837 M., die sich auf Genossenschaften, Vereine (22 564 478 M.), Gemeinden (3 363 600 M.) und Arbeitgeber (809 450 M.) verteilen. Bis zum Ende des Jahres 1926 waren erneut 676 773 RM. zur Verfügung gestellt und man kann nur außerordentlich bedauern, daß die für die Erbauung von Ledigenheimen verwandten Mittel nicht höher waren und noch nicht wieder größer sind, denn all das, was auf diesem Gebiet geschieht, ist Schadenverhütung im besten Sinne des Wortes und kommt damit wiederum der Allgemeinheit in weitestem Maße zugute, was aus den oben angeführten Gründen besonders deutlich hervorgeht.

3. Gemeinnützige Bauten.

Neben diesen Bauten, die einzelnen Personenkreisen zugute kamen, haben die Landesversicherungsanstalten die öffentliche Gesundheitspflege durch die Anlage von gemeinnützigen Bauten stark gefördert und hierfür bis Ende 1920 686,4 Millionen (siehe Aufstellung S. 68) unter II) und bis Ende 1927 rund 89 Millionen (siehe S. 69, Aufstellung 3 und 4) hingegeben.

Es kamen hier in Betracht Darlehen zum Bau von Krankenhäusern, Genesungsheimen, Volksheilstätten, Invaliden- und Erholungsheimen;

Darlehen zum Bau von Gas- und Elektrizitätswerken, Lokal- und Straßenbahnen, Feuerlöscheinrichtungen, Straßen, Kanälen, Häfen, Brücken, Damm- und Uferschutzbauten, für Flußregulierungen, Beseitigung von Hochwasserschäden, für den Bau von Talsperren, für Stadterweiterungen;

ferner Darlehen zum Bau von Kirchen, kirchlichen Gemeindehäusern, zur Einrichtung von Arbeiterkonsumvereinen, Bäckereien, Gemeindebackhäusern, Gemeindeschmieden.

Weiter kommen vor Darlehen zur Errichtung von Kleinkinderbewahranstalten, für Taubstummen- und Blindenanstalten, Waisen- und Armenhäusern, Volksküchen und Asylen aller Art.

---

[1]) Hengesbach, a. a. O., S. 51.

V. Volkswirtschaftliche Bedeutung der Kredite.

Abgesehen von der Bedeutung dieser Kredite für die Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse und des dadurch erzielten indirekten Einflusses auf die Volkswirtschaft, üben sie auch direkt eine gewaltige Wirkung auf alle Zweige der Wirtschaft aus. Unmittelbar fördern sie die Beschäftigung der Produktionsmittelindustrie und erhöhen die Nachfrage nach Arbeitskräften und geben großen Teilen der gesamten Wirtschaft Beschäftigung, da das Baugewerbe als Schlüsselindustrie mit seiner Beschäftigung viele andere Industrien, wie die Eisen-, Zement-, Ziegel-, Glas und Holzbearbeitungsindustrie und andere nach sich zieht. Wie diese Darlehen allen Zweigen der Industrie zuflossen, ist aus der Art der vorher angeführten Bauten besonders ersichtlich.

VI. Schwierigkeiten in der Ermittlung der gebauten Wohnungen.

Eine allgemeine Übersicht über die Zahl der gebauten Wohnungen läßt sich leider nicht geben: denn es wäre immerhin von großem Interesse zu erfahren, wieviel Bauten von Arbeiterwohnungen im Laufe der Zeit durch die Hingabe der Kredite von den Versicherungsanstalten ermöglicht worden sind. Es lassen sich aber leider keine genauen Angaben machen, da hierfür Nachweisungen nur vereinzelt gemacht sind, so berichtet z. B. die LVA. Thüringen[1]), daß mit ihrer Hilfe seit 1900 bis Ende 1926 5343 Wohnungen geschaffen worden sind, und zwar seit Kriegsende 1405, und seit Ende der Inflation 540. Aus Schlesien wird für 1926 berichtet, daß 597 Darlehensanträge von Versicherten gestellt worden sind, ein Beweis dafür, wie groß das Verlangen der invalidenversicherten Arbeiterschaft nach einem Eigenhaus ist. Mit Rücksicht auf die geringen verfügbaren Mittel konnte nur ein ganz geringer Teil der Antragsteller befriedigt werden: es wurden 99 Wohnungen geschaffen, in denen vor allem Tuberkulosekranke und Tuberkulosegefährdete, Kriegs- und Schwerkriegsbeschädigte und Unfallverletzte untergebracht wurden.

Die LVA. Westfalen[2]), die bis Ende 1924 mit ihrer großzügigen Arbeiterwohnungspolitik durch Kredite in Höhe von 63 Millionen Mark zu ermäßigtem Zinssatz rund 15 000 Wohnungen geschaffen hatte, und deren vorbildliche Leistungen weit

[1]) Geschäftsbericht für 1926, S. 45.

[2]) Die LVA. Westfalen, Sonderdruck aus Deutsches Wirtschaftsarchiv, Seite 19.

bekanntgeworden sind, gewährte 1926 Darlehen für den Bau von 390 Wohnungen. Im Jahre 1927 konnten etwa 5 Millionen Mark Darlehen dem Arbeiterwohnungsbau zugeführt werden.

Über die Wohnungsfürsorge in Hannover heißt es im Geschäftsbericht der dortigen Anstalt für 1926: „Das Bestreben aller Bevölkerungsschichten durch eine möglichst umfangreiche Neubautätigkeit an der Linderung der Wohnungsnot mitzuarbeiten hat auch im Berichtsjahre erfreulicherweise angehalten. Namentlich waren es die gemeinnützigen Bauvereinigungen, die getreu ihren gesteckten Zielen weitgehende Bauvorhaben zur Durchführung gebracht haben . . . Die Entwicklung der Wirtschaftslage gestattete es, in den Haushaltsplan die Summe von 2 408 700 DM. für Ausleihungen einzusetzen. Wenn dieser Betrag auch bei weitem nicht die Vorkriegsleistungen erreicht, so ist es doch mit ihrer Hilfe möglich gewesen, die Bauvorhaben von 38 Bauvereinigungen und von 121 Versicherten ausreichend zu finanzieren," so daß 700 Wohnungen geschaffen werden konnten.

VII. Zusammenfassung.

Überall ist von den Versicherungsanstalten die Bedeutung der Bekämpfung der Wohnungsnot für eine erfolgreiche vorbeugende und Schaden verhütende Tätigkeit erkannt worden, und überall ist man bemüht, auf die verschiedenartigste Weise die Wohnungsnot, die das größte Übel ist, das an der Volksgesundheit nagt und ohne deren Behebung jede Gesundheitsfürsorge niemals erfolgreich sein kann, zu beseitigen.

Schluß.

Der Einfluß der Volksgesundheit auf die Volkswirtschaft.

Während die vorangegangenen beiden Abschnitte von den Maßnahmen handelten, die von den Landesversicherungsanstalten ergriffen wurden, um schadenverhütend zu wirken, d. h. die Bestrebungen erörterten, die darauf hinausliefen, durch Bekämpfung der Volkskrankheiten die Volksgesundheit zu heben und damit der Volkswirtschaft leistungsfähige und gesunde Mitglieder zuzuführen, soll nunmehr in einem letzten Abschnitt versucht werden, ziffernmäßig den Erfolg der Schaden verhütenden sanitären Maßnahmen nachzuweisen, d. h. die Ersparnisse, die die Volkswirtschaft durch die vorbeugenden Maßnahmen der Invalidenversicherung gemacht hat. Dieser Versuch soll an der Tuberkulose, als der verbreitetsten Krankheit, durchgeführt werden.

Es muß jedoch von vornherein darauf hingewiesen werden, daß die gewonnenen Ergebnisse äußerst unsicher sein müssen, da die Verhältnisse wegen der zahlreichen Faktoren, die der Ausbreitung und Bekämpfung der Tuberkulose zugrunde liegen, ungemein mannigfaltig und schwierig sind. Hinzu kommt, daß für die Nachkriegszeit neuere Daten über die Erfolge der Tuberkulosebekämpfung, wie schon erwähnt wurde, nicht vorliegen, und daß deshalb der Untersuchung die Ziffern des letzten Verwaltungsberichts der LVA. Berlin[1]) vor dem Kriege zugrunde gelegt werden. Es ergibt sich durch Berechnung hieraus, daß von 100 im Jahre 1902 nach einem Heilverfahren entlassenen männlichen Tuberkulösen 16,4 v. H. erfolglos behandelt wurden, während von den übrigen 83,6 v. H. durchschnittlich 37,9 v. H. 4,2 Jahre lang erwerbsfähig blieben und die restlichen 45,7 v. H. Ende 1913 noch erwerbsfähig waren. Es wurden also

$$37{,}9 \cdot 4\,2 = 159{,}2 \text{ und}$$
$$45{,}7 \cdot 12 = 548{,}4$$

im ganzen 707,6 Jahre

gewonnen, d. h. auf alle Behandelten bezogen, wurden über 7 Jahre gewonnen, die der einzelne dem Berufs- und Erwerbsleben erhalten blieb und seine Schaffenskraft in den Dienst der

[1]) Verwaltungsbericht der LVA. Berlin für 1913, 1914, S. 112.

volkswirtschaftlichen Produktion stellen konnte. Bei diesem Ergebnis ist aber die Tatsache zu beachten, daß, worauf schon hingewiesen wurde, viele der in den Heilstätten Behandelten sich nur im ersten Stadium der Krankheit befinden oder sogar gar nicht erkrankt waren und ohne Heilstättenkur wahrscheinlich noch sehr lange erwerbsfähig geblieben wären. Dies kann zwar nicht zahlenmäßig belegt werden, aber läßt man wirklich nur ein Zehntel aller „Erfolge" als tatsächliche Erfolge gelten, so kann man als gewonnene Arbeitsfähigkeit der Behandelten mindestens ein Jahr annehmen; aber auch dann bleibt der volkswirtschaftliche Gewinn immer noch sehr viel größer als die Kosten, die eine Behandlungskur verursacht, und die sich 1913 bei der LVA. Berlin auf durchschnittlich 450 M. und bei allen Versicherungsanstalten auf 395 M. einschließlich der Kosten für Verzinsung und Amortisation des Heilstättenbaues belaufen.

Hiermit ist aber der Nutzen der Heilbehandlung noch nicht erschöpft, denn nicht nur die Kranken werden wieder hergestellt und gewinnen Lebens- und Arbeitsjahre, sondern auch durch den Aufenthalt der Kranken in den Heilstätten werden gesunde Menschen vor der Ansteckung bewahrt und somit große Schäden an der Volksgesundheit durch Verhütung der Weiterausbreitung der Tuberkulose vermieden.

Freilich läßt sich ein Geldwert für die hierdurch erzielten Erfolge nicht errechnen, es kann aber nach dem Bisherigen wohl angenommen werden, daß sie größer sind als die Kosten für die mit der Internierung der Kranken verbundene Pflege.

Die starke Verbundenheit zwischen Volks w i r t s c h a f t und Volks g e s u n d h e i t, die sich so deutlich vor allem in der Bekämpfung der Tuberkulose und der anderen Volkskrankheiten zeigt, wird natürlich noch von anderen Faktoren, wie z. B. dem Bildungsgrad und der Denkweise der Bevölkerung, aber auch durch Eingriffe des Staates stark beeinflußt.

Gleichzeitig mit dem wirtschaftlichen Aufschwung des deutschen Volkes in dem letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts setzte eine gewaltige Verbesserung der gesundheitlichen und hygienischen Verhältnisse der Bevölkerung ein, die als eine Folgeerscheinung der wirtschaftlichen Blüte gewertet werden kann, aber auch auf die damals stark einsetzende Wirkung des sozialen Versicherungswesens zurückgeführt werden muß.

In der Versicherung zeigen sich am deutlichsten die Wechselwirkungen zwischen Volkswirtschaft und Volksgesundheit. Die Versicherung dient „dem organischen Nationalkapital, der Gesundheit des ganzen Volkes, seiner Wehrkraft und der Gesundheit des Nachwuchses[1])." Und alle Vorbeugung und Schaden-

[1]) Zahn, a. a. .O., S. 97.

verhütung in den einzelnen Versicherungsgebieten und damit in der Invalidenversicherung, die man heute als den Grundstein aller Bestrebungen auf Hebung der Volksgesundheit ansehen kann, geschieht in der wahren Erkenntnis, daß die Volksgesundheit die erste Voraussetzung für eine leistungsfähige Volkswirtschaft ist.

Schriftenverzeichnis.

a) Bücher:

Manes: Sozialversicherung, 1926.
Reuscher: Die deutsche Sozialversicherung, 1926.
Zahn: Die Wirkung der deutschen Sozialversicherung, 1915.
Herkner: Die Arbeiterfrage, 1922 Bd. I, S. 390.
— Alkoholismus und Arbeiterfrage, 1906.
Van der Borght: Die soziale Bedeutung der deutschen Arbeiterversicherung (in der Festgabe für Johannes Conrad, 1898).
Sinzheimer: Die Arbeiterwohnungsfrage, 1902.
Weißbach: Soziale Hygiene und Volkswirtschaft, 1924.
Hengesbach: Sozialversicherungs- und Wohnungsfrage, Kölner Dissertation, 1922.
Bosse: Die Förderung des Arbeiterwohnungswesens durch die Landesversicherungsanstalten, 1907.
Kaufmann: Schaden verhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung, 1914.
— Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung, 1916.
— Die neuen Beratungsstellen für Geschlechtskranke, 1917.
— Neue Ziele der Sozialversicherung, 1921.
— Zur Geschichte der deutschen Arbeiterversicherung, ihrer Ziele und ihrer Erfolge (in Soziale Kultur und Volkswohlfahrt, Festschrift 1913).
Die Rheinische Provinzialverwaltung, ihre Entwicklung und ihr heutiger Stand, herausgegeben zur Jahrtausendfeier der Rheinprovinz, 1925.
Das Reichsversicherungsamt und die deutsche Arbeiterversicherung, Festschrift, 1910.
Hansen: Die Organe der Arbeiterversicherung im Kampf gegen den Alkoholismus, 1909.
Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1912 (bearbeitet in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, 1913).

b) Hand- und Jahrbücher.

Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, 1926 3. Band:
Teleky: Die Tuberkulose.
Volk: Der Lupus und seine Bekämpfung.

[1]) Zahn, a. a. O., S. 97.

Dressel: Der Alkohol und seine Bekämpfung.
Haustein: Die Geschlechtskrankheiten einschließlich der Prostitution.
5. Band: Korff-Petersen: Die Wohnung als Grundlage der Familienfürsorge.
Handbuch der Tuberkulosefürsorge, herausgegeben von Blümel, 1926 Band 1
Handbuch der Reichsversicherung, 1926, herausgegeben von Eckert, Hartmann und Paul.
Handwörterbuch der Staatswissenschaften.
Versicherungslexikon, 1924, herausgegeben von Manes.
Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich, 1927.
Jahresbericht des Reichsgesundheitsamtes im Jahre 1926.

c) Zeitschriften.

Der Arbeiterschutz, 1927 Nr. 37.
Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung, 1919 Nr. 3.
Sozialwissenschaftliche Rundschau, 1927 Nr. 43.
Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, 1927 Nr. 1.
Deutsche Krankenkasse, 1925 Nr. 43, 1926 Nr. 22, 1927 Nr. 24.
Soziale Praxis, 1925 Nr. 2.
Pommersche Wohlfahrtsblätter, 1927 Nr. 10.
Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung, 1925 Nr. 21.
Zeitschrift für soziale Hygiene, 1922 Nr. 12.
Archiv für soziale Hygiene und Demographie, 1928 Nr. 2.
Die Reichsversicherung, 1927 Nr. 12, 1928 Nr. 2.
Tuberkulose-Fürsorgeblatt, 14. Jahrgang Nr. 6 und 7.
Arbeiterwohlfahrt, 1927 Nr. 6.
Neuland, 1927 Nr. 5 und Nr. 46.
Die Alkoholfrage, 1927 Nr. 4 und 5.
Denkschrift des Reichsarbeitsministeriums, Reichstagsdrucksache 1651, 3. Wahlperiode.
Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes im Jahre 1926, Reichstagsdrucksache 3897 vom 30. Januar 1928, 3. Wahlperiode.
— im Jahre 1925, Reichstagsdrucksache 2992, 3. Wahlperiode.
Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, Jahrgänge 1900 bis 1927.
Statistik der Heilbehandlung bei den Trägern der Invalidenversicherung, 1912, 1913, 1925.
Medizinalstatistische Nachrichten, 1913 Nr. 12, 1927 Nr. 2 und Nr. 4.
Grundsätze für die Übernahme des Heilverfahrens der LVA. Schlesien 1926.
Beck (Vortrag): Die Wohlfahrtspflege der LVA Hessen-Nassau.

*

Es wurden ferner für die Arbeit die Verwaltungs- bzw. Jahresberichte der deutschen Landesversicherungsanstalten für die Jahre 1924 bis 1926 verwandt.

Lebenslauf.

Ich wurde am 11. August 1904 in Essen-Ruhr als Sohn des Gewerberats Otto Wauer geboren. Nach Übersiedlung meiner Eltern von Essen nach Berlin-Lichterfelde besuchte ich dort das Realgymnasium, das ich im Jahre 1923 nach bestandener Reifeprüfung verließ.

Im Wintersemester 1923/24 wurde ich an der Universität Berlin immatrikuliert und widmete mich hier dem Studium der Rechte und der Volkswirtschaftslehre. Während der ersten Semester hatte ich Gelegenheit, in einer Berliner Stahlgroßhandlung kaufmännisch tätig zu sein und mir hier praktische Kenntnisse zur Ergänzung des Studiums zu erwerben. Ich bestand am 22. Juli 1927 das Examen als Diplomvolkswirt. Das Thema meiner Diplomarbeit lautete: „Die Wirkung der Sozialversicherung auf die Volkswirtschaft." Die mündliche Doktorprüfung bestand ich am 15. Dezember 1928.

Es ist meine Absicht, mich wieder dem kaufmännischen Beruf zuzuwenden.

Ulrich Wauer.

W. Büxenstein, Berlin